

30 Jahre ruandisch-deutsche Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitswesen. Bd. 1, Evaluierungsbericht

Schwedersky, Thomas; Noltze, Martin; Gaisbauer, Felix

Veröffentlichungsversion / Published Version

Monographie / monograph

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Schwedersky, T., Noltze, M., & Gaisbauer, F. (2014). *30 Jahre ruandisch-deutsche Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitswesen. Bd. 1, Evaluierungsbericht*. Bonn: Deutsches Evaluierungsinstitut der Entwicklungszusammenarbeit (DEval). <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-55211-3>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>



BAND I: EVALUIERUNGS- BERICHT

*30 Jahre ruandisch-deutsche Entwicklungszusammenarbeit
im Gesundheitswesen*

2014

Das Deutsche Evaluierungsinstitut der Entwicklungszusammenarbeit (DEval) ist vom Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) mandatiert, Maßnahmen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit unabhängig und nachvollziehbar zu analysieren und zu bewerten. Mit seinen Evaluierungen möchte das Institut dazu beitragen, die Entscheidungsgrundlage für eine wirksame Gestaltung des Politikfeldes zu verbessern und die Transparenz zu den Ergebnissen zu erhöhen.

Der vorliegende Bericht ist auch auf der DEval-Website als pdf-Download verfügbar unter: www.deval.org/de/evaluierungsberichte. Anfragen nach einer gebundenen Fassung richten Sie bitte an info@DEval.org.

Die in dem vorgelegten Bericht vertretenen Auffassungen sind diejenigen des DEval und entsprechen nicht notwendigerweise der Position des BMZ.

Eine Stellungnahme des BMZ findet sich unter:
www.bmz.de/bmz-stellungnahmen-deval-evaluierungen

Kontakt

Deutsches Evaluierungsinstitut
der Entwicklungszusammenarbeit (DEval)

Tulpenfeld 7
53113 Bonn

www.DEval.org

Dr. Stefanie Krapp

Tel: +49 (0)228 24 99 29-930

Email: stefanie.krapp@DEval.org

Der Bericht umfasst zwei Bände:

Band I: Evaluierungsbericht

Band II: Anhänge (in Englisch)

Verfasser

Dr. Thomas Schwedersky

Dr. Martin Noltze

Felix Gaisbauer

Verantwortlich

Dr. Stefanie Krapp



Danksagung

DEval bedankt sich bei allen InterviewpartnerInnen, den Referenzgruppen, dem Gesundheitsministerium Ruandas, der Deutschen Botschaft, dem Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) und den Durchführungsorganisationen für die tatkräftige und wertvolle Unterstützung der Evaluierung.

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund, Ziele und Methodik

Im Einklang mit der Pariser Erklärung zur Wirksamkeit von Entwicklungszusammenarbeit (EZ) und dem Aktionsplan von Accra hat sich die Regierung Ruandas verpflichtet, die Arbeitsteilung zwischen den Gebern zu verbessern. Daher hat die Bundesregierung 2010 dem Wunsch der Regierung Ruandas nach Beendigung ihrer Unterstützung des Gesundheitswesens zum Ende 2012 zugestimmt. Dieser historische Moment bot eine einzigartige Gelegenheit, 30 Jahre Zusammenarbeit im Gesundheitswesen durch eine summative Evaluation zu bewerten. Angesichts des Einsatzes fast des gesamten Spektrums an EZ-Modalitäten und Instrumenten der deutschen EZ besteht ein übergreifendes Interesse daran, nach so vielen Jahren der Zusammenarbeit Bilanz zu ziehen: Anwendung fanden projekt- und programmbezogene Ansätze, Korbfinanzierung und Sektorbudgethilfe, Politik-Dialog, technische Zusammenarbeit (u.a. Beratungsdienste und Personalentwicklung), sowie finanzielle Zusammenarbeit, bereitgestellt durch die Beteiligung von GTZ/GIZ, DED/GIZ, InWEnt/GIZ und KfW.

DEval führte die Evaluierung zwischen Juli 2012 und Oktober 2013¹ durch. Die Ergebnisse beleuchten die Entwicklungszusammenarbeit in einem Sektor (Gesundheit) über 30 Jahre und zwar im Rahmen wechselnder politischer und sozio-ökonomischer Gegebenheiten und EZ-Modalitäten. Aufgrund der Dokumentation des gesamten Prozesses – einschließlich des stufenweisen Ausstiegs daraus – und der Darstellung erfolgreicher Ansätze können die ruandischen Partner die Ergebnisse für die Weiterentwicklung ihrer eigenen Gesundheitspolitik sowie die Zusammenarbeit mit anderen Entwicklungspartnern nutzen. Die deutsche EZ wiederum kann daraus Lehren ziehen für die Unterstützung der Entwicklung des Gesundheitswesens in ähnlichen Kontexten in Partnerländern.

Im Sinne von spezifischen Zielen war die Evaluierung darauf gerichtet, zu folgenden Themen Nachweise zu liefern und Bewertungen zu erarbeiten:

1. Entwicklung der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen;
2. Relevanz, Effektivität, Effizienz, Impact, Nachhaltigkeit, Kohärenz, Koordinierung, Komplementarität und Harmonisierung der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen;
3. erfolgreiche und weniger erfolgreiche EZ-Modalitäten und -Instrumente wie auch deren Interaktion und Anpassung an sich verändernde Umstände innerhalb des Sektors und hinsichtlich der sozio-ökonomischen und politischen Entwicklungen;
4. die Strategie bezogen auf den stufenweisen Ausstieg der deutschen EZ aus dem Gesundheitswesen.

Um die dem evaluierten Zeitraum zugrundeliegende Komplexität methodisch erfassen zu können, wurden die deutschen Beiträge zum ruandischen Gesundheitswesen auf paradigmatische Veränderungen hin untersucht, die eine Aufteilung dieses Zeitraumes in thematische Phasen erlauben. Die Erfassung der Maßnahmen zwischen 1980 und 2012 nach (1) Durchführungsorganisation, (2) Implementierungsdauer, (3) EZ-Modalität und strategischer Ausrichtung und (4) dem thematischen Schwerpunkt der Maßnahmen, ließ den Schluss zu, dass die Jahre 1994/95 und 2003/2004 Wendepunkte waren. Darüber hinaus stellte der Genozid in Ruanda im Jahr 1994 eine kontextuelle Zäsur dar, die so schwerwiegend war, dass sie berücksichtigt werden musste. Das Jahr 2003 markierte den Beginn einer Umstellung in der ruandisch-deutschen EZ von projektbezogener zu stärker integrierten Formen der Zusammenarbeit, was schließlich zu dem deutsch-ruandischen Gesundheitsprogramm führte. Dem entsprechend konzentrierte sich die Analyse auf drei Phasen: (I) 1980–1994, (II) 1995–2003 und (III) 2004–2012.

Phase I und II erwiesen sich als besondere Herausforderungen hinsichtlich der Verfügbarkeit von Personen aus dem Kreis der damaligen entsandten Fachkräfte, von entsprechenden Unterlagen und von Sekundärdaten. Während in diesen Phasen der Schwerpunkt auf der Dokumentierung der Entwicklung der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit und den Anpassungen an den jeweils wechselnden Kontext lag, wurde für Phase III ein

¹ Der Entwurf des Schlussberichts wurde zum 31.10.2013 fertiggestellt.

theoriebasiertes Evaluierungsdesign gewählt. Die Bewertung der ruandisch-deutschen EZ erfolgte unter Berücksichtigung der Kriterien des *Development Assistance Committee* der Organisation für wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit (OECD-DAC), nämlich Relevanz, Effektivität, Effizienz, Impact, Nachhaltigkeit zuzüglich der vom Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) formulierten Kriterien: Kohärenz, Komplementarität, Koordination und Harmonisierung. Der Versuch, einen Zusammenhang zwischen dem Beitrag der deutschen EZ und den Veränderungen der Gesundheitssituation der Bevölkerung Ruandas mittels Attributionsanalyse herzustellen, erwies sich aufgrund des Durchführungsmodus dieses Programm als nicht realisierbar. Während der programmorientierte Durchführungsmodus im Sinne der Pariser Erklärung durchaus erstrebenswert ist, erschwerte die konsequente Ausrichtung des Programms auf nationale ruandische Prioritäten die Anwendbarkeit von Attributionsanalysen. Im Rahmen dieser Evaluierung wurde daher eine Kontributionsanalyse als theoriebasierter Evaluierungsansatz gewählt. Weitere wesentliche Evaluierungsfragen im Rahmen der Phase III bezogen sich auf den stufenweisen Ausstieg aus der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen sowie den Einsatz der verschiedenen EZ-Modalitäten und -Instrumente und deren Interaktion.

Folgende Methoden kamen zur Anwendung: (1) Literatur- und Dokumentenrecherche, (2) eine standardisierte Online-Erhebung unter früheren EntwicklungshelferInnen, (3) Interviews mit verschiedenen Gruppen von SchlüsselinformantInnen, (4) eine statistische Analyse von Daten des jüngsten *Demographic and Health Survey* (DHS) in Ruanda, sowie (5) eine vergleichende Fallstudie der Gesundheitssysteme von vier ausgewählten Distrikten unter Einbeziehung von Fokusgruppendifkussionen und qualitativen Interviews.

Schlüsselergebnisse und Schlussfolgerungen

Die ruandisch-deutsche Zusammenarbeit zwischen 1980–1994 (Phase I)

Der politische Kontext in diesem Zeitraum der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit war gekennzeichnet von einer

Ideologie der Verherrlichung des ländlichen Bauerntums und der manuellen Arbeit. Es gehörte zu dieser Ideologie, dass die die Mehrheit bildende ethnische Gruppe dieser Vorstellung entsprechen sollte. Jedoch kam diese Ideologie Ende der 1980er Jahre unter heftigen Druck, als die Preise für Rohstoffe, besonders für Kaffee, fielen und die Preise für Importwaren teils aufgrund des strukturellen Anpassungsprogramms der Weltbank stiegen. Dies hatte negative Auswirkungen auf die wirtschaftliche Situation der ruandischen Haushalte, inklusive Nahrungsmittelsicherheit und Ernährungslage, ebenso wie auf die gesundheitliche Situation der Bevölkerung. Die Reaktionen der deutschen EZ auf den sozio-ökonomischen Verfall waren begrenzt: Der Anstoß zu Richtungsänderungen kam eher von Initiativen einzelner EntwicklungshelferInnen an deren Arbeitsplatz als von Vorgaben seitens der deutschen EZ-Organisationen.

Entsprechend ihrer Leitlinien trug die deutsche EZ zu Verbesserungen der Gesundheitsdienste bei, insbesondere für Mutter-Kind-Gesundheit sowie Geburtshilfe und eine Verbesserung in der Medikamentenversorgung der Gesundheitseinrichtungen. Der Rückgang der Gesamtgeburtenrate und die zunehmend moderne Verhütungspraxis lassen auf einen positiven Beitrag der Projekte und Programme der deutschen EZ schließen. Jedoch wurden die Bemühungen um Familienplanung sowohl durch die anhaltend hohen Zahlen der Kindersterblichkeit unterminiert als auch durch die negative Konnotation zur Familienplanung in einer durch konservativen Katholizismus und traditionelle Gläubigkeit geprägten Bevölkerung. Doch widersprachen die Familienplanungsaktivitäten der deutschen EZ durchaus nicht den Interessen der Regierung, da das Regime die Familienplanungsaktivitäten uneingeschränkt zu unterstützen schien.

Die deutschen EntwicklungshelferInnen füllten in dieser Zeit hauptsächlich die Personallücken im ländlichen Gesundheitswesen. Angesichts hoher Personalfuktuation im öffentlichen Gesundheitssystem und zunehmender Abwanderung von Arbeitskräften in den Privatsektor gab es nur sehr wenig Spielraum für die deutschen EntwicklungshelferInnen, auch als BeraterInnen und TrainerInnen zu wirken.

Es gab Diskriminierungen aufgrund ethnischer Zugehörigkeiten sowohl im Personalbereich als auch im täglichen Berufsleben. Die geführten Interviews lassen jedoch keinerlei Rückschlüsse hinsichtlich offener ethnischer Diskriminierungen bei der Behandlung von PatientInnen zu, allerdings kam es zu Diskriminierungen aufgrund der sozio-ökonomischen Situation von PatientInnen.

Die ohnehin schon fragile sozio-ökonomische Situation verschlechterte sich weiter, als das Regime von Juvénal Habyarimana 1990 von der Ruandischen Patriotischen Armee angegriffen wurde. Das Arusha-Abkommen beendete 1993 den dreijährigen Bürgerkrieg, doch wurden die ausgehandelten Vereinbarungen zur Teilung der Macht zwischen der Regierung von Ruanda und der Ruandischen Patriotischen Front nur langsam implementiert und führten nicht zu einem Ende der Gewalt. Der ethnisch geladene Konflikt hatte seinen Höhepunkt im April 1994: Hutu-ExtremistInnen übernahmen die Macht innerhalb von Stunden nach der Ermordung Habyarimanas, und der staatlich organisierte Genozid begann und forderte eine enorme Zahl an Todesopfern.

Die Maßnahmen der deutschen EZ änderten sich nicht wesentlich in der ersten Phase. Während es Stimmen innerhalb der deutschen EZ und auf internationaler Ebene gab, die auf den sich zuspitzenden Konflikt hinwiesen, beurteilte die deutsche EZ die Situation falsch und reagierte auf den Ausbruch der Gewalttätigkeiten lediglich damit, das gesamte deutsche Projektpersonal abziehen. Personal der deutschen EZ kehrte im März 1995 nach Ruanda zurück. Es wurde erkennbar, dass nahezu alle Wirkungen der Aktivitäten der ersten Phase durch den Genozid und seine Folgen zunichte gemacht worden waren.

Die ruandisch-deutsche Zusammenarbeit 1995–2003 (Phase II)

Als Konsequenz des Bürgerkrieges und des Genozids kamen geschätzte 80 % des in Ruanda im Gesundheitswesen tätigen Personals ums Leben oder waren bis Juli 1994 aus dem Land geflohen. Die Evaluierung fand für den Zeitraum unmittelbar nach dem Genozid, als Ruanda umfassende internationale Hilfe bekam, keine Hinweise auf in die Wege geleitete Initiativen

im Sinne wichtiger, internationaler Gesundheitspolitiken in Ruanda. Dies hat sich jedoch seit 2000 geändert, als Ruanda eine Entwicklungsstrategie für das Gesundheitswesen einführte, die im Geiste der Lusaka-Erklärung aus dem Jahr 1985 auf einem dezentralisierten Management der Gesundheitsversorgung auf Distrikt-Ebene beruhte. In Anlehnung an diese Strategie zur Entwicklung der Gesundheitsfürsorge konzentrierten sich die Aktivitäten der deutschen EZ mehr auf eine Stärkung der Gesundheitsdienstleistungen auf Distrikt-Ebene. Das Ergebnis war, dass die direkte Unterstützung einzelner Gesundheitszentren durch EntwicklungshelferInnen nach und nach zurückgefahren wurde. Die gesamte Bandbreite an Präventions- und Behandlungsdienstleistungen wurde unterstützt. Da jedoch nach dem Genozid das Gesundheitssystem wieder neu aufgebaut werden musste, beinhaltete dies zunächst hauptsächlich das Angebot eines Minimalpakets an Gesundheitsfürsorge für die lokale Bevölkerung.

Die Unterstützung durch die deutsche EZ in der Grundversorgung trug in wirksamer Weise zu einer erheblichen Verbesserung der Gesundheitsfürsorge in bestimmten ländlichen Gegenden bei. Die Unterstützung durch die deutsche EZ hinsichtlich HIV-Prävention leistete einen Beitrag zur verbesserten Bereitstellung von Diensten insbesondere auf der Ebene der Gesundheitszentren. Die ruandischen Partner schätzten die Flexibilität der deutschen EZ in Bezug auf die angebotene Unterstützung wie auch die Beteiligung an Projektplanungsprozessen. Jedoch ist ein relativ kritisches Bild im Hinblick auf das Qualifikationsniveau des Personals der Partnerseite in den Gesundheitseinrichtungen festzustellen. Im Jahr 2000 begann die deutsche EZ auch mit der Unterstützung der medizinischen Ausbildung und zwar hauptsächlich durch Training und Supervision der MedizinstudentInnen und ÄrztInnen in der Ausbildung, was zu einer quantitativen und qualitativen Verbesserung der medizinischen Ausbildung der MedizinstudentInnen und niedergelassenen ÄrztInnen führte.

Während es in Phase II eine gewisse Kontinuität in der Unterstützung durch die deutsche EZ gab, muss doch deren Neuorientierung im Rahmen des veränderten Kontexts als das wesentliche Element angesehen werden. Die deutsche EZ begann

die Unterstützung durch Beratung auf nationaler Ebene mit der Umsetzungsunterstützung auf dezentraler Ebene zu verbinden. Da der Gesundheitssektor 2002 zu einem Schwerpunktsektor für die deutsche EZ in Ruanda wurde und der Prozess einer gemeinsamen Programmbildung gleichzeitig begann, entwickelte sich die deutsche EZ folgerichtig dahin, einen programmbezogenen Ansatz zu verfolgen.

Die ruandisch-deutsche Zusammenarbeit 2004–2012 (Phase III)

Ruanda fühlt sich der Pariser Erklärung aus dem Jahr 2005 stark verpflichtet und hat bereits 2006 eine entsprechende nationale Politik auf den Weg gebracht. Der Dezentralisierungsprozess begann 2000 und trat 2005 mit einer administrativen Neuorganisation in seine zweite Phase, die zugleich die Grundlage für ein Minimum an geographischer Flächendeckung von Gesundheitsdiensten war. Seit 2002 wurden im Rahmen von Strategien zur Armutsminderung prioritäre Interventionsbereiche identifiziert. Seit 2005 wurden Prioritäten im Gesundheitswesen im Rahmen von strategischen Plänen für den Gesundheitssektor verbindlich festgelegt.

Während der Phase III hat Ruanda eine beträchtliche Aufstockung der Auszahlungen von Gebermitteln im Gesundheitswesen erlebt (von 32,99 Mio. USD im Jahr 2002 auf 322,26 Mio. USD im Jahr 2011). Insofern hängen die Ausgaben für das Gesundheitswesen, bei einem Anteil von 63 % externer Finanzierung (2010), immer noch stark von Geldern aus den Geberländern ab. Die zunehmende finanzielle Unterstützung für das Gesundheitswesen durch die Geberländer ist zu einem großen Teil auf bevölkerungspolitische Programme wie auch auf für den Bereich der reproduktiven Gesundheit zur Verfügung gestellte Mittel zurückzuführen (220,8 Mio. USD im Jahr 2011), insbesondere solche für die Kontrolle von sexuell übertragenen Infektionen wie AIDS. Die bilateralen EZ-Mittel aus Deutschland erreichten 2009 ihren Höhepunkt, als die deutsche EZ damit begann, sich in der Sektorbudgethilfe zu engagieren (13 Mio. EUR zwischen 2009 und 2012).

Die Unterstützung der deutschen EZ für das Gesundheitswesen wurde nach und nach an die nationale ruandische Sektorplanung und deren Umsetzung angepasst. Im Jahr 2007 führte eine Absichtserklärung zwischen Ruandas Regierung und acht Entwicklungspartnern zu einem Sektor-weiten Ansatz als Mechanismus zur Koordinierung und Harmonisierung der Beiträge der verschiedenen Entwicklungspartner zum Gesundheitswesen. Die deutsche EZ leistete durch ihr erstes gemeinsames Programm der deutschen Durchführungsorganisationen ihren Beitrag. Das Programm hatte die Verbesserung des Gesundheitsstatus der ruandischen Bevölkerung als Oberziel und umfasste drei Komponenten: (1) Gesundheitsfinanzierung, (2) sexuelle und reproduktive Gesundheit und (3) Personalentwicklung. Andere große Partnerländer waren das Vereinigte Königreich, Belgien, die USA, die Schweiz und Luxemburg, wobei die USA als größter Geber 39 % der externen EZ-Mittel für das Gesundheitswesen beisteuerten (2011), während der Beitrag der deutschen EZ sich auf 3 % belief (2011).

Sektor-weiter Ansatz², Sektorbudgethilfe und Korbfonds zur Kapazitätsentwicklung: Der SWAp beinhaltete die Anpassung an nationale Prioritäten, eine bessere Koordinierung der Geber und sowie die Einrichtung gemeinsamer Finanzierungsmodalitäten. An der Gemeinschaftsfinanzierung beteiligten sich jedoch nur einige wenige Entwicklungspartner, darunter Belgien, das Vereinigte Königreich, Deutschland und die Schweiz.

Der Unterstützungsbeitrag der deutschen EZ zum SWAp spiegelte weitestgehend die Prioritäten der ruandischen und der deutschen Regierung wider. Das gilt auch für das Engagement der deutschen EZ bei gemeinsamen Finanzierungsmodalitäten. Jedoch entsprachen die Leistungen zur technischen Zusammenarbeit eher den Prioritäten der deutschen Regierung, da die ruandische Regierung Budgethilfe und Korbfinanzierung eindeutig den Vorzug gibt. Die von der deutschen EZ unterstützten Modalitäten waren zur Erreichung der in Zusammenarbeit mit ruandischen Partnern gesetzten Ziele angemessen.

² Zur besseren Lesbarkeit des Textes verwenden wir im Folgenden die englische Abkürzung (SWAp = Sector Wide Approach).

Die Strukturen und Mechanismen des SWAp auf nationaler Ebene funktionierten in Bezug auf verschiedene technische Arbeitsgruppen teils mehr teils weniger. Qualität und Effektivität des SWAp variierten somit erheblich je nach Stärke der jeweiligen Arbeitsgruppen. Die deutsche EZ trug substantiell zur Leistungsfähigkeit dieser Strukturen und Mechanismen bei. Während sich die Dezentralisierung erkennbar positiv auf die Koordinierung der verschiedenen, mit der Entwicklung des Gesundheitswesens befassten Akteure auswirkte, gibt es auch Belege dafür, dass die SWAp-Strukturen und -Mechanismen auf Distrikt-Ebene, wie z.B. die Gesundheitsmanagement-Teams und die gemeinsamen Aktionsforen, (noch) nicht effektiv genug funktionieren.

Die Effektivität der Sektorbudgethilfe wurde durch eine unerwartete und erhebliche Verzögerung in der Verwendung der von der deutschen EZ bereitgestellten Mittel beeinträchtigt. Die Zweckbestimmung dieser Mittel für Ausrüstung von Krankenhäusern und Gesundheitszentren entsprach jedoch den Prioritäten der nationalen Gesundheitsstrategie. Es gibt Hinweise auf eine Hebelwirkung der Sektorbudgethilfe durch privilegierten Zugang zum Ministerium für Finanzen und Wirtschaftsplanung (MINE-COFIN) und durch fokussierten Politikdialog zur Leistungsfähigkeit des Gesundheitssektors. Die Hebelwirkung wurde jedoch dadurch eingeschränkt, dass Sektorbudgethilfe tatsächlich nur einen relativ kleinen Anteil der in den Gesundheitsbereich fließenden EZ-Leistungen repräsentierte (6,25 % aller Gebermittel im Jahr 2010). Dadurch wurde es schwieriger, die politisch gewollte Erhöhung des nationalen Beitrags zum Gesundheitsbudget als eines der Schlüsselthemen für den Politikdialog, wie geplant, zur Sprache zu bringen.

Der Korbfonds zur Kapazitätsentwicklung wurde eingerichtet, um die verschiedenen Bemühungen der Entwicklungspartner zur Kapazitätsentwicklung im Gesundheitswesen in Ruanda besser koordinieren zu können. Über deren Effektivität gibt es keinen schlüssigen Nachweis. Die Fähigkeiten, z.B. von Fachkräften in Distrikt-Krankenhäusern, wurden entwickelt und gestärkt, aber es gibt keinen Nachweis darüber, wie diese Fähigkeiten genutzt

wurden. Nach der Neuorientierung im Jahr 2011 konzentrierte sich die Finanzierung durch den Korbfonds auf die Langzeitausbildung des Personals im Gesundheitswesen insbesondere im Bereich der sekundären Gesundheitsfürsorge.

Insgesamt verlor der SWAp-Prozess trotz der hohen Eigenverantwortung auf Seiten der Partner, d.h. Ministerium für Finanzen und Wirtschaftsplanung und Gesundheitsministerium, an Dynamik. Dies wird unterstrichen durch die Tatsache, dass der turnusmäßige Sektor-Review im April 2013 nicht stattfand und dass die entsprechende technische Arbeitsgruppe es nicht vermochte, ihre Arbeit effektiv und dynamisch zu organisieren. Dadurch, dass einige Entwicklungspartner den Gesundheitsbereich verließen und andere neu hinzukamen, wurde die Rolle der USA als größter Geber im Gesundheitswesen noch dominanter. Das ist auch daran zu erkennen, dass die umfangreiche, durch die USA finanzierte Initiative zur Personalentwicklung im Gesundheitswesen in Ruanda durch projektbezogene EZ implementiert wurde statt den Korbfonds als gemeinsame Finanzierungsmodalität zu nutzen. Es gibt Hinweise darauf, dass sich die intensivierte bilaterale Kooperation zwischen der Regierung Ruandas und den USA nachteilig auf den SWAp-Prozess auswirkt. Möglicherweise können die neuen Entwicklungspartner im Gesundheitssektor zur Wiederbelebung der SWAp-Dynamik beitragen.

Gesundheitsfinanzierung: Eine der bemerkenswertesten innovativen Ansätze der ruandischen Regierung war die Einführung eines landesweiten Krankenversicherungssystems, in einer Form, wie es noch vor einigen Jahren für Niedrigeinkommensländer für unmöglich und nicht tragfähig gehalten wurde. Eine nahezu umfassende Abdeckung wurde in Rekordzeit erreicht. In gleicher Weise kümmerte sich die ruandische Regierung um das weltweit bekannte Problem der Motivierung des Personals und der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Die gemeindebasierte Krankenversicherung³ und leistungsbezogene Finanzierung⁴ können so als Flaggschiff-Programme unter den Gesundheitsreformen in Ruanda angesehen werden, die zügig und mit starkem politischen Engagement realisiert worden sind.

³ Ruandas gegenwärtige gemeindebasierte Krankenversicherung wurde als Sozialversicherungssystem eingeführt und nutzt Risikopooling als Schlüsselmechanismus zur Erreichung eines landesweiten Abdeckungsgrades. Die Beiträge der Versicherten bemessen sich an ihrer Zahlungsfähigkeit.

⁴ Die leistungsbezogene Finanzierung in Ruanda hat zum Ziel, die geringe Nutzung und den schlechten Abdeckungsgrad der Gesundheitsdienste zu verbessern. Dazu führte das Gesundheitsministerium finanzielle Anreize für Gesundheitsdienstleister ein, um sowohl bestimmte Dienstleistungen als auch das Management von Dienstleistungen und Strukturen quantitativ und qualitativ zu verbessern.

Die Komponente zur Gesundheitsfinanzierung im ruandisch-deutschen Programm hatte zum Ziel, dass das ruandische Gesundheitssystem besser auf die Bedürfnisse insbesondere der armen Bevölkerung eingeht, indem der prozentuale Anteil der Bevölkerung mit einer Krankenversicherung erhöht und die strukturelle Qualität der Gesundheitsdienste durch leistungsbezogene Finanzierung verbessert wird. Das Krankenversicherungssystem wurde durch technische Beratung begleitet, darunter Training und Unterstützung bei der Koordination auf verschiedenen Ebenen, d.h. in den technischen Arbeitsgruppen, der Arbeitseinheit ‚Gesundheitsfinanzierung‘ im Gesundheitsministerium und dem Management der Krankenversicherung auf Distrikt-Ebene. Die von der deutschen EZ bereitgestellten so genannten sozialen Fonds subventionierten die für die Behandlung in Krankenhäusern anfallenden und von der Krankenversicherung nicht gedeckten Kosten für solche PatientInnen, die diese Kosten nicht aufbringen konnten. Weiterhin war die deutsche EZ der einzige Entwicklungspartner im Rahmen der nationalen Politik zur Arbeitsteilung, der einen lokalen Subventionsvertrag zur direkten leistungsbezogenen Finanzierung im Distrikt-Krankenhaus von Ruhengeri unterzeichnete und ausführte.

Die Unterstützung des Krankenversicherungs- und des leistungsbezogenen Finanzierungssystems entsprach den Prioritäten der ruandischen Regierung ebenso wie den Prioritäten des BMZ; sie war damit angemessen auf nationale und Sektor-Ziele ausgerichtet. Durch seinen Mehrebenen-Ansatz spielte das ruandisch-deutsche Programm eine sehr relevante Rolle bei der Bewältigung von durch das beschleunigte Implementierungstempo bedingten Engpässen auf Distrikt-Ebene. Vor der Einführung des einkommensabhängigen Beitragssystems der gemeindebasierten Krankenversicherung im Jahr 2010 durch eine Reform des vorherigen pro-Kopf Beitragssystems, ermöglichte die deutsche EZ die Subventionierung von Bedürftigen durch soziale Fonds. Die temporäre Einführung der sozialen Fonds führte jedoch zur Schaffung von nicht-angepassten Parallelstrukturen innerhalb des ruandischen Gesundheitssystems. Hinsichtlich der entwicklungspolitischen Zielsetzung waren sie aber auf das hochrelevante, ergänzende Ziel gerechter Zugangsmöglichkeiten zur Krankenversicherung ausgerichtet.

Politikberatung des Gesundheitsministeriums sowie technische Unterstützung seitens der deutschen EZ für die MitarbeiterInnen der entsprechenden Arbeitseinheit im Gesundheitsministerium trugen zur Bereitstellung und Umsetzung harmonisierter Strategien und Instrumente bei. In diesem Zusammenhang hat die deutsche EZ auch wesentlich dazu beigetragen, dass der Globale Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM) das Krankenversicherungssystem mit 34 Mio. USD unterstützte. Dies war von entscheidender Bedeutung für die Erreichung der gegenwärtigen hohen Krankenversicherungs-Abdeckung sowie für die Subventionierung von Bedürftigen.

Die Aufwärtstendenz im Abdeckungsgrad der Krankenversicherung weist auf die äußerst positive Entwicklung eines bedürfnisorientierteren Gesundheitssystems hin. Die Bewertung der Gerechtigkeit im Gesundheitswesen ergibt, dass finanzielle Zugangsbarrieren für die Ärmsten abgebaut werden konnten. Gleichzeitig wurden aber katastrophale Kosten für Behandlungen und Krankenversicherungsgebühren auf höhere Versorgungsebenen verlagert. Bis zum Auslaufen der sozialen Fonds im Jahr 2010 haben sich diese als ein effektives Instrument für eine verbesserte finanzielle Zugänglichkeit und Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen erwiesen. Die leistungsbezogene Finanzierung hat nachweislich die Serviceorientierung und die Qualität der Leistungen des Gesundheitspersonals verbessert, wobei auch negative, motivationsbezogene Nebenwirkungen in Verbindung mit Ressourcenengpässen festgestellt wurden, welche die Gesamteffektivität beeinträchtigen können. Daher haben MitarbeiterInnen der deutschen EZ aufgrund der in Ruhengeri gemachten Erfahrungen die Relevanz und Effektivität von leistungsbezogener Finanzierung ernsthaft in Frage gestellt.

Die Fragmentierung des ruandischen Gesundheitsfinanzierungssystems und die bisweilen langen Verzögerungen in der Kostenerstattung gegenüber den dezentralen Gesundheitseinrichtungen stellen für die Krankenversicherung und die leistungsbezogene Finanzierung erhebliche Probleme dar. Der hohe Abdeckungsgrad und die Reform des Beitragssystems der Krankenversicherung von 2010, die beide durch deutsche

Beiträge unterstützt wurden, belegen, dass die *Targeting*-Effizienz⁵ groß ist und Verbesserungen hinsichtlich der Transfer-Effizienz⁶ zunehmen. Was die leistungsbezogene Finanzierung betrifft, so lassen die verfügbaren Zahlen, gemessen an dem Prozentsatz für Festkosten, hinreichende Effizienz erkennen. Da in diesen Festkosten jedoch nicht die Kosten für die aufwändigen Leistungsüberprüfungen und Berichtsverfahren enthalten sind, bleibt es fraglich, ob die leistungsbezogene Finanzierung zur Bewältigung des Problems der mangelnden Qualität von Gesundheitsdienstleistungen (bereits) effizient genug ist.

Die zusammengetragenen Befunde lassen den Schluss zu, dass die Nachhaltigkeit aufgrund der immer noch starken Abhängigkeit von Gebermitteln als eher gering anzusehen ist. Kürzlich eingeleitete Politik- und Gesetzesreformen, wie z. B. die Quersubventionierung des staatlichen Risikopools in Verbindung mit einem substantiellen Anteil aus Beitragsmitteln der Versicherten, zeigen jedoch einen positiven Trend für die langfristige Nachhaltigkeit des Krankenversicherungssystems. Die sozialen Fonds haben sich in ihrer Konzeption und Implementierung als nicht nachhaltig erwiesen, da sie nicht als selbsttragende Strukturen angelegt worden waren. Zwar sind ihre Funktionen teilweise von ruandischen Strukturen aufgenommen worden, allerdings blieben dabei Versorgungslücken bestehen. Da die deutsche Unterstützung zur leistungsbezogenen Finanzierung auf Distrikt-Ebene, d. h. im Krankenhaus von Ruhengeri, entgegen ihrer Intention zu Rückschlägen hinsichtlich der Instandhaltung und der Personalsituation geführt hat, hat sich der deutsche Beitrag zu dieser Finanzierungsform als nicht nachhaltig erwiesen.

Sexuelle und reproduktive Gesundheit: Die gemeinsamen Anstrengungen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit im Kontext des SWAp waren darauf gerichtet, die Morbiditätsrate, die Säuglingssterblichkeit sowie die Müttersterblichkeit durch verbesserten Zugang zu qualitativer Pflege und durch Förderung der genderbezogenen Gleichheit und Gerechtigkeit zu senken. Die entsprechende Komponente des gemeinsamen Gesundheitsprogramms hatte daher die Verbesserung sämtlicher Aspekte der

sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Familienplanung als Gesamtziel, mit Schwerpunkt auf Wirkungsindikatoren wie Fertilitäts-, AIDS- und Säuglingssterblichkeitsrate.

Auf nationaler Ebene wurde technische Unterstützung für Strategien und staatliche Pläne durch die technischen Arbeitsgruppen im Bereich der Familienplanung, der sexuellen und reproduktiven Gesundheit Heranwachsender sowie der geschlechtsbezogenen Gewalt geleistet. Auf dezentraler Ebene führte die deutsche EZ ihre langfristige Unterstützung auf verschiedenen Ebenen der Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen weiter. In deren Verlauf wurden die Angebote zur Familienplanungsberatung auf die Ebene der Gesundheitszentren und Gemeinden ausgedehnt. Die deutsche EZ unterstützte auch das staatliche Konzept der sogenannten ‚*Peer Education*‘.⁷ Eine der herausragenden Strategien des deutschen Beitrags im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit bestand darin, das soziale Marketing durch den Privatsektor zu unterstützen.

Die Unterstützung der deutschen EZ für sexuelle und reproduktive Gesundheit war auf die Prioritäten und Ziele der ruandischen und der deutschen Regierung ausgerichtet und ganz auf diese abgestimmt. Der Mehrebenen-Ansatz und die Ausrichtung auf den öffentlichen wie auch den privaten Sektor waren zur Erreichung der jeweiligen Zielgruppen und Zielsetzungen geeignet. Angesichts einer weiterhin tragenden Rolle des öffentlichen Gesundheitswesens konnte der Beitrag des Privatsektors in der Bereitstellung von Kontrazeptiva und Informationsdiensten nur eingeschränkt gestärkt werden. Eine weitere Stärkung des Privatsektors würde den Prioritäten der ruandischen Regierung entsprechen und dazu beitragen, die Kosten für den öffentlichen Sektor künftig zu reduzieren.

Auf dezentraler Ebene hat die deutsche EZ zur substantiellen Verbesserung von Gesundheitsdienstleistungen beigetragen, und zwar (1) in der Schwangerschaftsfürsorge, bei (2) professionell begleiteten Entbindungen und Nachsorge, (3) bei HIV-Tests und Beratung, (4) bei der antiretroviralen Behandlung und

⁵ Darin drückt sich aus, inwieweit Subventionen tatsächlich den bedürftigen Mitglieder in der Krankenversicherung zugute kommen.

⁶ Diese bezieht sich auf Rückerstattung von Gesundheitskosten, für die Mitglieder der Krankenversicherung ebenso wie für die Gesundheitseinrichtungen.

⁷ Peer Education zielt darauf ab, gemeindebasierte Vertriebsnetze für Basisgesundheitsversorgung und jugendfreundliche Dienstleistungen im Bereich sexueller und reproduktiver Gesundheit einzurichten. In Ruanda werden junge educators durch die örtlichen Gesundheitszentren ausgewählt und fortgebildet, um ihren Altersgenossen (peers) bestimmte Gesundheitsdienste und -botschaften näherzubringen.

(5) bei der Behandlung von Tuberkulose. Die gemeinsamen Bemühungen von Gesundheitsministerium und den Entwicklungspartnern führten (1) zur Erhöhung der Verbreitungsrate von modernen Verhütungsmitteln, (2) der Benutzung von Kondomen, (3) des Wissens über Familienplanung und HIV/AIDS, insbesondere unter Jugendlichen, sowie (4) zu entsprechenden Verhaltensänderungen.

Obwohl die Nutzung von Dienstleistungen ständig zunahm, konnte bisher keine landesweite Abdeckung erreicht werden und es bleiben regionale Unterschiede hinsichtlich des Zugangs und der Benutzung moderner Verhütungsmittel bestehen. Trotz des bemerkenswerten Erfolgs hinsichtlich der erweiterten Zugangsmöglichkeiten zu Verhütungsmitteln durch soziales Marketing bleibt die Effektivität der Informationskampagnen über sexuell übertragene Infektionen und AIDS, insbesondere in Bezug auf ländliche Gemeinden in abgelegenen Regionen, fraglich.

Die Hauptziele im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit sind erreicht worden. Dadurch hat die deutsche EZ wirksam zur Bereitstellung von Gesundheitsdiensten durch technische und finanzielle EZ beigetragen. Es wurden wichtige Einzelprogramme unterstützt und Verbindungen zwischen verschiedenen Akteuren (öffentlichen und privaten) und verschiedenen Interventionsbereichen (z. B. HIV-Prävention und Tuberkulose) hergestellt. Auf nationaler Ebene waren die entsprechenden technischen Arbeitsgruppen funktionell in ihrem Beitrag zur Ausarbeitung von Strategien und Aktionsplänen zur Erreichung der sowohl auf nationaler als auch dezentraler Ebene gesetzten Ziele. Die deutsche EZ leistete einen wirksamen Beitrag durch ihre Themensetzung sowie durch technische Inputs (z. B. im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit bei Jugendlichen). Der finanzielle und technische Beitrag der deutschen EZ zum sozialen Marketing war nur eingeschränkt wirksam. Während die meisten Outcome-Indikatoren erreicht wurden, bestehen weiterhin geographische und sozio-ökonomische Unterschiede hinsichtlich des Zugangs zu qualitativ hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen.

Es bestehen gute Aussichten für die Nachhaltigkeit der Programmbeiträge, da sexuelle und reproduktive Gesundheit als wichtige Priorität in der Gesundheitsstrategie Ruandas anerkannt ist. Jedoch ist die Leistungsfähigkeit des Gesundheitspersonals immer noch begrenzt. Zudem gibt es beträchtliche geographische und sozio-ökonomische Unterschiede bezüglich Zugang und Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen. Ebenso ist auch keine Klärung erfolgt, welche Rolle und Zuständigkeiten die privaten und öffentlichen Akteure haben sollen, was aber im Hinblick auf eine nachhaltige Entwicklung des privaten Sektors und der kommerziellen sozialen Marketingstrategien in Ruanda wünschenswert wäre, entsprechend der jüngst formulierten Strategie zur Familienplanung.

Personalentwicklung: Das Ziel des Beitrags zur Personalentwicklung war es, die Zahl der für die ruandische Bevölkerung zur Verfügung stehenden gut ausgebildeten MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen zu erhöhen. Dazu gab es drei Sub-Komponenten: (1) ärztliche Ausbildung, (2) Krankenhausmanagement und (3) Gesundheitstechnologie-Management.

„Ärztliche Ausbildung“ und „Krankenhausmanagement“ entsprechen den Prioritäten der ruandischen und der deutschen Regierung. Die Partner der deutschen EZ auf zentraler und regionaler Ebene bestätigten ebenfalls deren Relevanz als Teil der Bemühungen zur Stärkung des Gesundheitswesens. Es gibt hinreichende Evidenz, dass die Beiträge zur Kapazitätsentwicklung, in Bezug auf die „ärztliche Ausbildung“ und „Krankenhausmanagement“ den Bedürfnissen der Zielgruppen entsprachen (Fachkräfte im Gesundheitswesen und Krankenhaus-ManagerInnen).

Besonders die Unterstützung durch die EntwicklungshelferInnen im Rahmen des praktischen Jahrs für angehende ÄrztInnen sowie das *International Leadership Training* (ILT) im Bereich „Krankenhausmanagement“ trugen zu einer Erhöhung der Zahl an ruandischen Gesundheitsfachleuten, zur Steigerung ihrer Fähigkeiten und Kenntnisse sowie zur Verbesserung der Qualität der Pflege in ruandischen Krankenhäusern bei. Das Training der angehenden ÄrztInnen steigerte auch deren Motivation, ihr

Verantwortungsbewusstsein und ihre Fähigkeit, sich der PatientInnen anzunehmen. Jedoch hatten die schlechten Arbeitsbedingungen in Distrikt-Krankenhäusern, die dürftige Ausstattung und die unzureichende Instandhaltung negative Auswirkungen auf die Entscheidung ruandischer ÄrztInnen, für lange Zeit in Distrikt-Krankenhäusern zu bleiben.

Den ILT-Alumni gelang es, zu verschiedenen Aspekten des Krankenhausmanagements Verbesserungen in ihrem Arbeitskontext einzuführen. Viele Transferprojekte hatten positive Auswirkungen auf die Qualität der Pflege. Allerdings stießen die ILT-Alumni häufig auf Widerstand ihrer KollegInnen gegen Veränderungen. Einschränkungen ergaben sich auch durch die noch wenig ausgeprägte Autonomie der Krankenhäuser in Fragen des Personalmanagements. Durch die Einrichtung einer Task Force ‚Krankenhausmanagement‘ im Gesundheitsministerium sowie landesweite Fortbildungen von Krankenhaus-ManagerInnen wurde ein positiver Verbreitungseffekt erreicht. Doch setzte die hohe Fluktuationsrate bei VerwaltungsmitarbeiterInnen in Krankenhäusern der Wirksamkeit dieser kurzfristigen, internen Fortbildungen Grenzen. Die Effizienz dieser in Deutschland durchgeführten ILT-Maßnahme muss im Vergleich zu den niedrigeren Durchschnittskosten für einen vergleichbaren Kurs in Tansania als gering angesehen werden.

Ein gewisses Potential für Nachhaltigkeit ist durch den politischen Willen der ruandischen Regierung gegeben, weiterhin in Personal für das Gesundheitswesen investieren zu wollen. Die ruandische Regierung legt inzwischen bei der ärztlichen Ausbildung den Akzent eindeutig auf die Qualifizierung von FachärztInnen. Ein darauf folgendes, langfristiges Engagement dieser FachärztInnen in öffentlichen Krankenhäusern ist allerdings fraglich, da ein Überwechseln der ÄrztInnen in den Privatsektor ein ernstes Problem darstellen könnte. Daher werden die ruandischen Distrikt-Krankenhäuser sehr wahrscheinlich weiterhin auf einen Stamm revolvierender, gut ausgebildeter AllgemeinärztInnen angewiesen sein, wenn die Arbeitsbedingungen im öffentlichen Gesundheitswesen künftig nicht erheblich besser werden. Die Weiterführung praxisorientierter Aus- und Fortbildung im Rahmen des praktischen Jahrs wird daher auf

absehbare Zeit eine wichtige Rolle in der Qualifizierung von AllgemeinärztInnen spielen. Insgesamt bildet die Sicherstellung der Ausbildung im Rahmen des praktischen Jahrs über die Jahre hinweg einen langfristigen, positiven und systembildenden Effekt der Unterstützung durch die deutsche EZ.

Gesamtbewertung nach OECD-DAC Kriterien: Was die **Relevanz** angeht, so folgte das gemeinsame Gesundheitsprogramm den Zielen der ruandischen und der deutschen Regierung. Jedoch ließ die seitens der deutschen EZ als technische Unterstützung gelieferte Unterstützung eher die Prioritäten der deutschen Regierung erkennen, da die ruandische Regierung den Schwerpunkt eindeutig auf Budgethilfe und Korbfinanzierung legt. Die von der deutschen EZ eingeführten sozialen Fonds waren parallele Strukturen, aber stellten auf das hochrelevante und ergänzende Ziel eines gerechteren Krankenversicherungs- und Gesundheitssystems ab.

Die Bewertung der **Effektivität** des gemeinsamen Gesundheitsprogramms rangiert von moderat bis hoch. Das zeigt sich in der Unterstützung der deutschen EZ von Dienstleistungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und an den Aufwärtstrends des Abdeckungsgrades der Krankenversicherung. Die Beiträge der deutschen EZ zur effektiven Gestaltung der Strukturen und Mechanismen des SWAp können ebenso hervorgehoben werden wie die zur Entwicklung der Humanressourcen, d.h. der ärztlichen Ausbildung und des Krankenhausmanagements. Die Wirkungen der Sektorbudgethilfe waren aufgrund der begrenzten Kohärenz unter den Entwicklungspartnern und der begrenzten Hebelwirkung moderat, da die Budgethilfe nur einen relativ kleinen Teil der in den Gesundheitsbereich fließenden Mittel darstellte. Die Unterstützung der deutschen EZ für die leistungsbezogene Finanzierung hat zu einer gesteigerten Serviceorientierung und Leistung von Gesundheitspersonal beigetragen; sie kann jedoch aufgrund der negativen Nebenwirkungen auf die Motivation und auch der Personalknappheit nur als moderat wirksam eingestuft werden. Die deutsche EZ hat sehr dazu beigetragen, den Korbfonds zur Kapazitätsentwicklung funktionsfähig zu machen und dessen strategische Orientierung zu stärken.

Die **Effizienz** des gemeinsamen Gesundheitsprogramms konnte nur teilweise bewertet werden, da die Aktivitäten der deutschen EZ in ein übergeordnetes System von Leistungen und Ergebnissen einfließen, das durch die ruandische Regierung und Entwicklungspartner definiert wurde. Das Gleiche gilt auch für die Bewertung der Effizienz von Sektorbudgethilfe, da diese in das gesamte Gesundheitsbudget fließt. Die vorliegenden Daten legen nahe, dass die Unterstützung der Krankenversicherung durch die deutsche EZ als moderat bis hoch bewertet werden kann, was sich in der hohen *Targeting*-Effizienz und der zunehmenden Transfer-Effizienz zeigt. Was die leistungsbezogene Finanzierung angeht, so sollte hinterfragt werden, ob ein so ressourcenintensives Verfahren effizient genug ist, um das Problem mangelnder Qualität von Gesundheitsdienstleistungen zu überwinden. Die Effizienz des *International Leadership Training* zu ‚Krankenhausmanagement‘ kann aufgrund der hohen Kosten im Vergleich zu alternativen Trainingsmöglichkeiten als niedrig bewertet werden. Die Bereitstellung von Unterstützung der deutschen EZ im Kontext des SWAp und gemeinsamer Finanzierungsmodalitäten hat nur teilweise zu einer Reduktion der Transaktionskosten für das Gesundheitsministerium, aber nicht für Entwicklungspartner, geführt. In gemeinsamen Anstrengungen mit allen Entwicklungspartnern wurden die meisten Leistungsindikatoren des Programms zeitgerecht erreicht; das Erreichte übertraf teilweise sogar die Ziele. Zusammenfassend kann die Effizienz des gemeinsamen Gesundheitsprogramms als moderat angesehen werden.

Hinsichtlich des **Impacts** machte Ruanda in der Zeit der SWAp-Phase (2004–2012) bemerkenswerte Fortschritte im Bereich der Familienplanung und der sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Seit 2005 ist der Programmindikator der Gesamtfertilitätsrate von 6,1 auf 4,6 Kinder pro Frau im Jahr 2010 zurückgegangen. Trotz dieses bemerkenswerten Erfolgs bleiben regionale, sozio-ökonomische und altersspezifische Unterschiede bestehen. Erstens ist die Gesamtfertilitätsrate in ländlichen Gegenden verglichen mit der in städtischen Gebieten höher. Zweitens bleibt die Gesamtfertilitätsrate bei den weniger gebildeten Bevölkerungsschichten mit niedrigem Einkommen höher. Drittens ging die Teenager-Fertilität langsamer zurück und frühe Mutterschaft ist in ländlichen Gegenden weiterhin verbreitet.

Die Unterstützung der deutschen EZ im Bereich der Mutter-Kind-Gesundheit trug zum Rückgang der Müttersterblichkeit bei, wobei Ruanda erhebliche Fortschritte in der Erreichung des MDG-Ziels machte, diese Rate von 1.300 pro 100.000 Lebendgeburten im Jahr 1990 auf 325 im Jahr 2015 zu senken. Bis 2010 belief sich die Müttersterblichkeitsrate auf 487. Ruanda reduzierte innerhalb der letzten Jahrzehnte seine Müttersterblichkeitsrate sehr schnell im Vergleich zu anderen Ländern der Region.

Heute hat Ruanda eine der niedrigsten HIV-Prävalenzraten in Sub-Sahara-Afrika. Neben Malaria und AIDS sind Tuberkulose und tropische Erkrankungen die wesentlichen Bedrohungen des Gesundheitsstatus der ruandischen Bevölkerung, die am besten durch integrierte Strategien angegangen werden. Der Ansatz der deutschen EZ zur Gesundheitssystemstärkung trug zur Integrierung von Tuberkulose- und HIV-Prävention und deren Behandlung bei. Die Zahl der Tuberkulosefälle ist in Ruanda stark zurückgegangen; fast alle registrierten Tuberkulose-PatientInnen wurden auch auf HIV getestet.

Während der Ansatz der deutschen EZ zur Gesundheitssystemstärkung ein wesentliches Element in der ruandischen Gesundheitsarchitektur bildete, ist ein beträchtlicher Teil des beeindruckenden Fortschritts auf das große finanzielle Engagement einiger vertikaler Programme im Bereich von Malaria-, Tuberkulose- und HIV-Prävention zurückzuführen. Weiterhin war der Mehrebenen-Ansatz der deutschen EZ sehr effektiv in Bezug auf die Verbesserung der allgemeinen Flächendeckung und des Zugangs zu Gesundheitsdiensten durch Unterstützung von Flaggschiff-Programmen wie die Krankenversicherung und die leistungsbezogene Finanzierung. Jedoch fehlte der Unterstützung durch die deutsche EZ die Konzentration auf spezifische Zielgruppen und auf abgelegene Gebiete; das führte dazu, dass sozio-ökonomische, alters- und geschlechtsspezifische sowie auch stadt-land-bezogene Unterschiede in Bezug auf den Gesundheitsstatus der ruandischen Bevölkerung nur moderat verringert werden konnten.

Insgesamt kann die **Nachhaltigkeit** des gemeinsamen Gesundheitsprogramms als moderat eingestuft werden. Trotz der

starken Beteiligung der Regierung von Ruanda gibt es Hinweise, dass der SWAp-Prozess im Laufe des Jahres 2013 weiter an Dynamik verloren hat. Dies gilt auch hinsichtlich Volumen und Perspektiven für programmorientierte Gemeinschaftsfinanzierung in einer Situation, in der der Gesundheitssektor immer noch stark von Gebermitteln abhängt. Dies ist auch der Grund dafür, dass die Nachhaltigkeit im Hinblick auf die Krankenversicherung immer noch als niedrig angesehen werden muss. Jedoch versprechen Gesetzes- und Politikreformen langfristig einen positiven Trend für die Nachhaltigkeit des Krankenversicherungs-Systems. Angesichts der Tatsache, dass die deutsche Unterstützung der leistungsbezogenen Finanzierung auf Distrikt-Ebene entgegen ihrer Intention zu Rückschlägen bei Instandhaltung und Personaleinstellungen führte, ist der deutsche Beitrag zu dieser Finanzierungsform nicht nachhaltig gewesen. Aufgrund der Anerkennung von sexueller und reproduktiver Gesundheit als Schlüsselpriorität in der künftigen Strategie des Gesundheitssektors in Ruanda werden die Chancen auf Nachhaltigkeit in diesem Bereich als gut angesehen. Das Gleiche gilt für die Personalentwicklung, wobei immer noch Fragezeichen hinsichtlich des anschließenden langfristigen Engagements der ÄrztInnen im öffentlichen Sektor, angesichts der dort weiterhin schwierigen Arbeitsbedingungen, bestehen bleiben.

Bezüglich der **Kohärenz, Komplementarität, Koordination und Harmonisierung** ergab die Evaluierung, dass das Programm sich gut in die nationale Gesundheitsstrategie einfügte und über die SWAp-Strukturen und -Mechanismen umgesetzt wurde. Die deutsche EZ war proaktiv in der Förderung des SWAp insgesamt wie auch in Bezug auf die verschiedenen Komponenten. Weiterhin engagierte sich die deutsche EZ kontinuierlich in den wichtigsten Foren für die Geber-Koordination.

Im Zusammenhang mit Sektorbudgethilfe hat sich die deutsche EZ besonders dafür eingesetzt, die Beiträge aus dem Vereinigten Königreich, aus Belgien und der eigenen Mittel aufeinander abzustimmen. Die von Deutschland und Belgien bereitgestellte Sektorbudgethilfe wurde gemeinsam gestaltet und enthielt Voraussetzungen für Auszahlungen wie auch für zu erreichende Leistungsgrenzen und Richtwerte. Aus der Entscheidung des

Vereinigten Königreichs seine Sektorbudgethilfe getrennt zu gestalten ergaben sich negative Implikationen für die Fähigkeit der Gebergruppe geschlossen agieren zu können.

Die deutsche EZ hat sich in erheblichem Maße für den Korbfonds zur Kapazitätsentwicklung engagiert. Dem kam angesichts der Schwierigkeiten, ein gemeinsames Verständnis darüber herzustellen, wie Kapazitätsentwicklung möglichst effektiv unterstützt werden kann und welche Management-Verfahren für die Maßnahmenimplementierung angewendet werden sollten, besondere Bedeutung zu.

Die Qualität der Geber-Koordination hing faktisch immer davon ab, inwieweit sich Schlüsselpersonen der teilnehmenden Entwicklungspartner engagiert einbrachten. Besondere Bedeutung hatten in diesem Zusammenhang die SektorkoordinatorInnen der deutschen EZ. Die Koordination der Geber erlebte eine Schwächung im Laufe des Jahres 2013, als die deutsche EZ nicht mehr ihre Beiträge leisten konnte.

Insgesamt gibt es überzeugende Anhaltspunkte dafür, dass Synergien im Zusammenspiel von technischer und finanzieller Zusammenarbeit realisiert wurden. Die zwischen beiden Organisationen vereinbarten Koordinierungs- und Kooperationsmechanismen erwiesen sich als angemessen und tragfähig. Die Zusammenarbeit zwischen DED und GTZ intensivierte sich im Zuge der fortschreitenden Programmbildung, wurde insgesamt aber doch als schwieriger Integrationsprozess wahrgenommen.

Erfolgreiche und weniger erfolgreiche EZ-Modalitäten und -Instrumente: Die deutsche EZ spielte eine führende Rolle in der Gestaltung des SWAp wie auch in der Einführung und Stärkung der verschiedenen SWAp-Strukturen und -Mechanismen. Während Deutschland vom reinen Finanzvolumen her nicht einer der größeren Geber im Gesundheitswesen war, ergab sich jedoch durch die Kombination verschiedener EZ-Modalitäten und -Instrumente ein verstärkter Hebeleffekt.

Die deutsche EZ konzentrierte sich bewusst auf Gesundheitssystemstärkung, d.h. ein horizontaler Ansatz zur Verbesserung

der Flächendeckung und Qualität der Gesundheitsdienste, in Ergänzung zu den vertikalen Programmen. Die vertikalen Programme, besonders die von den USA und dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria finanzierten, waren für das in den Gesundheitsbereich fließende Finanzvolumen immer wichtiger geworden. Insofern trug die deutsche EZ dazu bei, wieder zu einem Gleichgewicht von vertikalen und horizontalen Programmen zu kommen.

Sektorbudgethilfe kann als in gewisser Weise erfolgreich angesehen werden durch die Kanalisierung der Mittel direkt in den Staatshaushalt mit spezieller Ausrichtung auf die Erhöhung der Budgetmittel für die Stärkung der dezentralen Gesundheitssysteme. Die Budgethilfe hätte noch erfolgreicher sein können, wenn alle teilnehmenden Geber ihre Verfahren soweit aneinander angepasst hätten, dass ein gemeinsames Abkommen mit der ruandischen Regierung hätte unterzeichnet werden können. Der Hebeleffekt hätte stärker sein können, wenn ein höherer Prozentsatz der Gebermittel durch die Modalität Sektorbudgethilfe geleitet worden wäre.

Die technische Zusammenarbeit praktizierte erfolgreich den Mehrebenen-Ansatz, d.h. die Kombination von beratender Unterstützung auf nationaler und auf Distrikt-Ebene. Das Gleiche gilt für die Förderung der Kapazitätsentwicklung. Das brachte die deutsche EZ in die Lage, Erfahrungen aus der Implementierung auf dezentraler Ebene in die Konzept- und Strategieentwicklung auf nationaler Ebene einzuspeisen bei gleichzeitiger Stärkung der Rolle der Technischen Arbeitsgruppen.

Die deutsche EZ kombinierte mit Erfolg verschiedene Instrumente wie technische (GTZ/GIZ) und finanzielle (KfW) Zusammenarbeit, Beratungsdienste von EntwicklungshelferInnen (DED/GIZ) und integrierten ExpertInnen (CIM) wie auch die Kapazitätsentwicklung des Personals (InWEnt/GIZ). Das implizierte, dass die deutsche EZ ihre Unterstützung als eine Mischung aus projektgebundenen Mitteln und programmorientierter Gemeinschaftsfinanzierung unter dem Dach des SWAp bereitstellte. Aus den vorliegenden Informationen ergeben sich hinreichende Hinweise

auf aus der Kombination dieser verschiedenen Instrumente entstandene Synergieeffekte.

Die Ausstiegsstrategie: Während ein Übergangszeitraum von zwei Jahren geplant war, war dieser Ausstiegszeitraum der deutschen EZ aus dem ruandischen Gesundheitswesen faktisch mit Blick auf einige Maßnahmen doch zu kurz bemessen. Dass der Übergang parallel zu dem laufenden Programmzyklus stattfand bedeutete, dass der Übergabeprozess mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden war. Der ursprüngliche Zeitplan für die Koordinierung des Übergabeprozesses bis Ende 2011 wurde aufgrund anderer Prioritäten und von Zeitproblemen auf Ministeriumsebene weder von der ruandischen noch von der deutschen Regierung eingehalten. Während dieser Zeit fühlten sich einige Kooperationspartner der deutschen EZ unzureichend informiert, was zu Missverständnissen hinsichtlich der Arbeitsteilung und deren Implikationen auf zentraler und dezentraler Ebene führte. Obwohl der Prozess von der ruandischen Regierung initiiert wurde und damit das Gesundheitsministerium für die Leitung der Übergabe verantwortlich war, war die Unterstützung des Gesundheitsministeriums hinsichtlich der Koordination mit anderen Entwicklungspartnern und den Partnern auf dezentraler Ebene begrenzt. Diese Aufgabe blieb zum größten Teil der deutschen EZ überlassen.

Empfehlungen

Sektor-weiter Ansatz, Sektorbudgethilfe und Korbfonds zur Kapazitätsentwicklung

Gesundheitsministerium

1. Die Ergebnisse der Evaluierung zeigen deutlich, dass eine zunehmende Verbesserung im Gesundheitsstatus der ruandischen Bevölkerung die Fortsetzung und Intensivierung der armuts-, geschlechts- und altersspezifischen Maßnahmen erfordert. Diese sollten sich in weitere Anstrengungen zur Minderung von Ungleichheit und Ungerechtigkeit im Gesundheitswesen im Rahmen der nationalen Gesundheitsstrategie einfügen.

Deutsche EZ

2. Die Evaluierung hat herausgearbeitet, dass es eine starke Hebelwirkung durch die Kombination verschiedener EZ-Modalitäten und -Instrumente im Kontext eines SWAp im Gesundheitswesen gegeben hat. Daher hat ein diversifiziertes Portfolio von EZ-Modalitäten und -Instrumenten das Potential, die Gesamteffektivität bei der Implementierung von programm-basierten Ansätzen zu erhöhen. Dies sollte durch gut fundierten Politikdialog begleitet werden.
3. Um die Effektivität eines SWAp zu steigern, und zwar nicht nur im Gesundheitssektor, sollten künftige Strategien verstärkt ihren Schwerpunkt auf eine Verbesserung der Kohärenz zwischen den Entwicklungspartnern legen, insbesondere bei programmorientierter Gemeinschaftsfinanzierung. Dies sollte Hand in Hand gehen mit einem verstärkten Engagement größerer Entwicklungspartner, um deren Maßnahmen mit dem SWAp in Einklang zu bringen. Dies wird zweifellos an verschiedene Entwicklungspartner die Forderung stellen, eine führende Rolle im SWAp zu übernehmen, doch sollte die deutsche EZ wenn möglich eine Mittlerrolle übernehmen, zu der auch gehören würde, ihre Position und ihren Einfluss in multilateralen Einrichtungen, z.B. der Weltbank, geltend zu machen.
4. Künftige Strategien zur Einrichtung von Korbfinanzierungen für Kapazitätsentwicklung im Zusammenhang mit programmbezogenen Ansätzen im Gesundheitswesen und darüber hinaus sollten sich mehr auf die strategische Orientierung und das gemeinsame Management von Korbfonds konzentrieren, um die Effektivität, die Effizienz und die Nachhaltigkeit der Kapazitätsentwicklung in dem betreffenden Bereich zu erhöhen. Dafür wird es von Anfang an technischer Zusammenarbeit bedürfen.
5. Ein Schwerpunkt sollte die Dezentralisierung von SWAp direkt von Beginn an sein, wenn institutionelle Reformen eingeleitet wurden, die es den Akteuren vor Ort ermöglichen, am Dezentralisierungsprozess zu partizipieren. Dies sollte durch Kapazitätsaufbau sowohl auf zentraler wie auch auf dezentraler Ebene unterstützt werden, idealerweise durch Korbfinanzierung.

Gesundheitsfinanzierung*Gesundheitsministerium*

6. Da die Zahlungsmodalitäten für die Beiträge zur gemeindebasierten Krankenversicherung als restriktiv empfunden werden, d.h. (1) die Zahl der Raten, (2) das Erfordernis, die ganze Familie anzumelden, und (3) die Wartezeit von einem Monat nach Zahlung bis zur Inanspruchnahme von Leistungen, sollte das Gesundheitsministerium die Lockerung dieser Restriktionen in Erwägung ziehen, um eine gerechte und dauerhaft hohe Abdeckung des Krankenversicherungssystems sicherzustellen.
7. Zur weiteren Sondierung der Potentiale der leistungsbezogenen Finanzierung in Ruanda empfehlen sich weitere methodisch rigorose Untersuchungen zu den Aspekten der Effektivität und Effizienz, insbesondere im Hinblick auf (1) den Ausschluss von Alternativerklärungen wie z.B. die Steigerung von Motivation durch Anhebung der Gehälter von Gesundheitsfachkräften ohne Leistungsorientierung und (2) die Bewertung der Kosteneffektivität der arbeitsintensiven Leistungsüberprüfungs- und Berichtsverfahren.
8. Um eine Demotivierung durch und/oder Manipulation des leistungsbezogenen Finanzierungssystems aufgrund nicht erreichbarer Zielvorgaben und Indikatoren zu vermeiden, sollte das leistungsbezogene Finanzierungssystem in Ruanda mit Kapazitätsentwicklung in den Einrichtungen und Verbesserungen des physischen Arbeitsumfeldes gekoppelt werden.
9. Die Erstattungszahlungen an dezentrale Gesundheitseinrichtungen sollten beschleunigt werden, um die finanzielle Autonomie der dezentralen Gesundheitseinrichtungen zu verbessern.
10. Während die *Ubudehe*-Klassifizierung, d.h. die ruandische Armuts-Klassifizierung der Bevölkerung in Bezug auf ihre ökonomische Vulnerabilität, unter der Ägide des Ministeriums für Kommunalverwaltungen (MINALOC) steht, sollte das Gesundheitsministerium auf eine stringenter Anwendung des Klassifizierungssystems drängen, um falsche Klassifizierungen der Versicherten zu vermeiden und damit das Vertrauen der Mitglieder in die Gerechtigkeit des Versicherungssystems sichern.

Deutsche EZ

11. Die Gesamtevidenz zu den eindeutig der leistungsbezogenen Finanzierung zurechenbaren Effekten sowie deren Nachhaltigkeit und Effizienz ist nicht sehr belastbar. In Zusammenhang mit den Vorschlägen zu weiteren Untersuchungen, die dem Gesundheitsministerium für Ruanda empfohlen wurden, sollte die deutsche EZ methodisch rigorose Studien zu diesen Aspekten in anderen Kontexten unterstützen, um das Potential dieses Ansatzes kritisch zu bewerten und die internationale Wissensbasis zu erweitern.
12. Maßnahmen bezüglich leistungsbezogener Finanzierung sollten künftig stärker an Kapazitätsentwicklung für das Personal mit Management- und Supervisionsaufgaben gekoppelt sein und, idealerweise, mit Maßnahmen zur Verbesserung der physischen Arbeitsumgebung einhergehen. Andernfalls können die vorgegebenen Ziele und Indikatoren als nicht erreichbar empfunden werden und zur Demotivierung oder geschönten Berichten über die Ziel-Erreichung führen.
13. Das Vorhandensein einer landesweiten partizipativen Armuts-Klassifizierung in Ruanda erleichterte die Umstellung von einem pro-Kopf-Beitragssystem auf ein einkommensabhängiges System für die Versicherten. Ähnliche Klassifizierungssysteme in anderen Partnerländern sollten in die Gestaltung oder Unterstützung der Krankenversicherungen einbezogen werden, um die Beitragsgerechtigkeit der Systeme zu stärken.
14. Der Fall Ruanda zeigt deutlich, dass soziale Fonds zur Begleitung von Versicherungssystemen für einen gewissen Zeitraum für mehr Zugangsgerechtigkeit sorgen können. Bei künftigen Strategien könnten soziale Fonds eingesetzt werden, um, im Übergang von einem pro-Kopf basierten zu einem einkommensabhängigen Prämiensystem, katastrophale Kosten für arme Bevölkerungsgruppen mit hoher ökonomischer Vulnerabilität zu übernehmen.

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Gesundheitsministerium

15. Die Unterstützung des Privatsektors sollte verstärkt werden, um dessen Marktanteil für Verhütungsmittel zu steigern und insgesamt seine Rolle im ruandischen Gesundheitswesen

zu stärken, was auch dazu beitragen würde, die Kosten für das öffentliche Gesundheitssystem zu senken. So sollten Synergien dadurch gefördert werden, dass Interventionen des öffentlichen Gesundheitssystems auf kommunaler Ebene enger mit kommerziellen Marketinginstrumenten des Privatsektors verknüpft werden. Auf politischer Ebene sollten Rollen und Verantwortlichkeiten der privaten und öffentlichen Akteure geklärt werden, um dadurch zur Verbesserung der Koordinierungs- und Planungsfähigkeiten beizutragen.

16. Künftige Kampagnen im Zusammenhang mit sozialem Marketing sollten sich deutlicher auf spezifische und benachteiligte Zielgruppen, insbesondere in abgelegenen Gebieten, konzentrieren. Dementsprechend sollten die Synergien zwischen groß angelegten Informationskampagnen und eher spezifischen Ansätzen auf Gemeinde-Ebene durch den Einsatz von sogenannten ‚community health workers‘ und ‚peer educators‘ gestärkt werden.

Deutsche EZ

17. Für künftige soziale Marketingstrategien unter ähnlichen Bedingungen sollte die deutsche EZ besonders darauf achten, Beratung hinsichtlich der Klärung von Rollen und Verantwortlichkeiten zwischen dem öffentlichen und dem privaten Sektor zu leisten, um das Wirkungspotential von kommerziellen Marketinginstrumenten zu stärken und damit steigende Kosten für das öffentliche Gesundheitswesen zu senken.
18. In vergleichbaren Länder-Kontexten sollten gemeindeorientierten Konzepten wie ‚Peer Educators‘ mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Spezifischere Aktivitäten sollten sich auf Schlüsselpersonen in den Gemeinden konzentrieren, um den Multiplikationseffekt zu stärken, was auch zu potentiellen Synergie-Effekten zwischen dem privaten und dem öffentlichen Sektor auf Kommunal-Ebene führt.

Personalentwicklung

Gesundheitsministerium

19. Es sollte mehr Gewicht auf die Stärkung der Kapazitäten der Distrikt-Krankenhäuser gelegt werden, so dass MedizinstudentInnen während ihres klinischen Praktikums adäquat ausgebildet und betreut werden. Dies erfordert auch

gemeinsame Anstrengungen seitens des Gesundheitsministeriums und des Bildungsministeriums mit dem Ziel, das staatliche Praktikumsprogramm besser zu steuern und das Monitoring sicherzustellen.

20. Das Potential der Erfahrungen und Kompetenzen der ILT-Alumni im Krankenhausmanagement sollte für den in Zusammenarbeit von der *School of Public Health* und der *Yale University* eingeführten Kurs zur Kranken- und Gesundheitspflege genutzt werden.

Deutsche EZ

21. In künftigen Programmen zur Gesundheitssystemstärkung sollte der Schwerpunkt verstärkt auf der Unterstützung der medizinischen Ausbildung in den Partnerländern liegen. Dabei sollte gleichzeitig im politischen Dialog sichergestellt werden, dass das Partnerland feste Zusagen gibt, für die medizinische Ausbildung genügend finanzielle Mittel und Personal bereitzustellen. Weiterhin sollten auf nationaler Ebene individueller Wissenstransfer und beratende Unterstützung mit Korbfinanzierung kombiniert werden, um die Gesamteffektivität der Unterstützung zur Personalentwicklung zu erhöhen.

Die Ausstiegsstrategie

Deutsche EZ

22. Für den schrittweisen Ausstieg aus einer langjährigen Zusammenarbeit in einem Sektor sollten unter ähnlichen Bedingungen die jeweiligen Beteiligten auf dezentraler Ebene stärker involviert werden. Zudem sollte genügend Personal und genügend Zeit für einen phasenweisen Ausstieg zur Verfügung stehen. Die deutsche EZ sollte den politischen Dialog verbessern als Mittel, das zuständige Ministerium intensiv an dem Ausstiegsprozess zu beteiligen. Dies muss als Voraussetzung dafür gesehen werden, ein systematisches Management des institutionellen Wissens sicherzustellen.

INHALTSVERZEICHNIS

Danksagung	v
Zusammenfassung	vi
Abkürzungen	2

A. Hintergrund, Methodik und Kontext der Evaluierung 4

1. Hintergrund der Evaluierung	5
1.1 Gegenstand, Zweck und Ziele der Evaluierung	5
1.2 Umfang und Evaluierungsfragen	6
2. Die Methodik der Evaluierung	8
2.1 Der Analyserahmen	9
2.2 Evaluierungsdesigns	9
2.3 Methoden und Instrumente zur Datensammlung	11
3. Der Kontext der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit im Gesundheitssektor	15
3.1 Kontext-Analyse	15
3.1.1 <i>Wirtschaftlicher Niedergang und wachsende politische Spannungen (1980 – 1994)</i>	16
3.1.2 <i>Nothilfe, anhaltende Unsicherheit und Konsolidierung (1995 – 2003)</i>	20
3.1.3 <i>Versöhnung – Sicherheit – Entwicklung (2004 – 2012)</i>	21
3.2 Portfolioanalyse	25

B. Die ruandisch-deutsche Zusammenarbeit im Gesundheitssektor 34

1. Die ruandisch-deutsche Zusammenarbeit zwischen 1980 – 1994	35
1.1 Die Entwicklung der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit	35
1.2 Anpassung an veränderte Kontexte	37
1.3 Erreichte Ergebnisse	40
2. Die ruandisch-deutsche Zusammenarbeit zwischen 1995 und 2003	41
2.1 Die Entwicklung der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit	42
2.2 Anpassung an veränderte Kontexte	43
2.3 Erreichte Ergebnisse	45
3. Die ruandisch-deutsche Zusammenarbeit zwischen 2004 und 2012	46
3.1 Die Entwicklung der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit	46
3.2 Anpassung an veränderte Kontexte	47
3.3 Erreichte Ergebnisse	48
3.3.1 <i>Sektor-weiter Ansatz (SWAp), Sektorbudgethilfe (SBS) und Korbfonds zur Kapazitätsentwicklung (CDPF)</i>	48
3.3.2 <i>Komponente 1: Gesundheitsfinanzierung</i>	58
3.3.3 <i>Komponente 2: Sexuelle und reproduktive Gesundheit</i>	70
3.3.4 <i>Komponente 3: Personalentwicklung</i>	80
3.4 Impact	90
3.5 Kohärenz, Komplementarität und Koordination	97
3.6 Bewertung der Theory of Change	100
3.7 Der schrittweise Ausstieg der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit im Gesundheitssektor	102
3.8 Erfolgreiche und weniger erfolgreiche EZ-Modalitäten und Instrumente	104

C. Schlussfolgerungen und Empfehlungen 107

1.	Schlussfolgerungen	108
2.	Empfehlungen	113
	Quellenangaben	119

Band II: Anhänge (in Englisch)

A.	Evaluation matrices	
B.	Methodology of the evaluation	
C.	Timeline of the Rwandan-German Cooperation in Health	
D.	Theory of change	
E.	Overview of program indicators	
F.	Overview of health system indicators	
G.	Context analysis – overview of international health strategies	
H.	Portfolio analysis – additional tables and figures	
I.	Evaluation implementation timetable	
J.	Evaluation process	
K.	Evaluation team composition	

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.	Evaluierungskriterien des OECD-Entwicklungsausschusses nach Phase	7
Tabelle 2.	Zielpopulationen für Interviews	12
Tabelle 3.	ODA-Auszahlungen im Gesundheitssektor Ruandas (in Mio. USD, zum jeweiligen Wechselkurs)	27
Tabelle 4.	Bekämpfung von STI und HIV/AIDS in Ruanda (in Mio. USD, zum jeweiligen Wechselkurs)	28
Tabelle 5.	Nationale Gesundheitsausgaben	30
Tabelle 6.	ODA-Gesundheitsauszahlungen in Ruanda (in Mio. USD, zum jeweiligen Wechselkurs)	30
Tabelle 7.	SBS im Gesundheits-SWAp (in Mio. ausgezahlter USD)	31
Tabelle 8.	SWAp und Modalitäten der Gemeinschaftsfinanzierung: Inputs und Outputs	49
Tabelle 9.	Entwicklung der Dichte des Personalbestands im Gesundheitssektor zwischen 2005 und 2011	81

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.	Überblick über die zentralen Evaluierungsfragen nach Phase	7
Abbildung 2.	Analyserahmen	8
Abbildung 3.	Vergleichender Fallstudien-Ansatz	13
Abbildung 4.	Programm-Distrikte der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit und Vergleichsdistrikte	14
Abbildung 5.	Ruanda – Bevölkerung (gesamt) und Bevölkerungswachstum (jährlich in %) 1980 – 2012	19
Abbildung 6.	Ruanda – BIP pro Kopf (in USD, zum jeweiligen Wechselkurs) und BIP-Wachstum (jährlich in %) 1980 – 2012	26
Abbildung 7.	Externe Ressourcen für Gesundheit (% der Gesamtausgaben für Gesundheit)	29
Abbildung 8.	Deutsche bilaterale ODA in Ruanda: Gesamt und Gesundheitssektor (in Mio. EUR)	32
Abbildung 9.	Auszahlungen über die Durchführungsorganisationen (1980 – 2012) (in Mio. USD, zum jeweiligen Wechselkurs)	33
Abbildung 10.	Gesamtfertilitätsrate (Geburten pro Frau)	92
Abbildung 11.	Müttersterblichkeitsrate (pro 100.000 Lebendgeburten)	93
Abbildung 12.	Kindersterblichkeitsrate (pro 100.000 Lebendgeburten)	93
Abbildung 13.	HIV-Prävalenz (% der Bevölkerung im Alter 15 – 49)	95
Abbildung 14.	Tuberkulose-Inzidenz (pro 100.000 Personen)	96

Kästen mit Hintergrundinformation

Kasten 1.	Die Deklaration von Alma Ata und Basisgesundheitsversorgung	18
Kasten 2.	Die Bamako-Initiative	18
Kasten 3.	Die Lusaka-Erklärung	21
Kasten 4.	Die Millennium-Entwicklungsziele (MDG)	23
Kasten 5.	Der Globale Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM)	23
Kasten 6.	Die Pariser Erklärung zur Wirksamkeit der Entwicklungszusammenarbeit	25
Kasten 7.	Bureau des Formations Médicales Agréées du Rwanda (BUFMAR)	36
Kasten 8.	L'office national de la population (ONAPO)	37
Kasten 9.	Sektor-weiter Ansatz (SWAp)	48
Kasten 10.	Korbfonds zur Kapazitätsentwicklung (CDPF)	51
Kasten 11.	Gemeindebasierte Krankenversicherung (CBHI)	58
Kasten 12.	Leistungsbasierte Finanzierung (PBF)	59
Kasten 13.	GesundheitsarbeiterInnen in den Gemeinden (CHWs)	72
Kasten 14.	Peer Educators	72
Kasten 15.	Soziales Marketing	72

ABKÜRZUNGEN

AIDS

Acquired Immunodeficiency Syndrome (erworbenes Immundefektsyndrom)

ASRH

Adolescent Sexual and Reproductive Health (sexuelle und reproduktive Gesundheit Jugendlicher)

BMZ

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

BIP

Bruttoinlandsprodukt

BTC

Belgian Technical Cooperation (Belgische Technische Zusammenarbeit)

BUFMAR

Bureau des Formations Médicales Agréées du Rwanda (Ruandisches Büro für zugelassene medizinische Ausbildung)

CBHI

Community-Based Health Insurance (gemeindebasierte Krankenversicherung)

CDPF

Capacity Development Pooled Fund (Korbfonds zur Kapazitätsentwicklung)

CHUB

Centre Hospitalier-Universitaire de Butare (Universitäts-Lehrkrankenhaus Butare)

CHW

Community Health Worker (GesundheitsarbeiterInnen in den Gemeinden)

CIM

Centrum für Internationale Migration und Entwicklung

DED

Deutscher Entwicklungsdienst

DEval

Deutsches Evaluierungsinstitut der Entwicklungszusammenarbeit

DFID

United Kingdom Government Department for International Development (Ministerium für internationale Entwicklung des Vereinten Königreichs)

DHS

Demographic and Health Survey (Demographie- und Gesundheitsumfrage)

DP

Development Partner (Entwicklungspartner)

EDPRS

Economic Development and Poverty Reduction Strategy (Strategie für wirtschaftliche Entwicklung und Armutsminderung)

EZ

Entwicklungszusammenarbeit

GBS

General Budget Support (Allgemeine Budgethilfe)

GBV

Gender-Based Violence (geschlechtsspezifische Gewalt)

GFATM

Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (Globaler Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria)

GIZ

Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit

GoR

Government of Rwanda (Regierung von Ruanda)

GTZ

Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit

HF

Health Financing (Gesundheitsfinanzierung)

HIV

Human Immunodeficiency Virus (Menschliches Immunschwäche-Virus)

HRD

Human Resource Development (Personalentwicklung)

HRH

Human Resources for Health (Personalressourcen für Gesundheit)

HRTT

Health Resource Tracking Tool (Instrument zur Dokumentation von gesundheitsbezogenen Finanzflüssen)

HSSP

Health Sector Strategic Plan (Strategieplan für den Gesundheitssektor)

HSWG

Health Sector Working Group (Gesundheitssektor-Arbeitsgruppe), vormals Health Sector Coordination Group (Gesundheitssektor-Koordinationsgruppe)

ILT

International Leadership Training (Führungskräftefortbildungsprogramm)

InWEnt

Internationale Weiterbildung und Entwicklung

JADF

Joint Action Development Forum (Forum für gemeinsame Entwicklungshandlungen [auf Distrikt-Ebene])

JHSR

Joint Health Sector Review (Gemeinsame Fortschrittskontrolle des Gesundheitssektors)

KfW

KfW Entwicklungsbank

MBA

Master of Business Administration (Master BetriebswirtIn)

MDGs

Millennium Development Goals (Millennium-Entwicklungsziele)

MINALOC

Republic of Rwanda Ministry of Local Administration, Community Development and Social Affairs (Ministerium für Kommunalverwaltungen, Gemeindeentwicklung und Soziale Angelegenheiten der Republik Ruanda)

MINECOFIN

Republic of Rwanda Ministry of Finance and Economic Planning (Ministerium für Finanzen und ökonomische Planung der Republik Ruanda)

MoH

Republic of Rwanda Ministry of Health (Gesundheitsministerium der Republic Ruanda)

NGO

Non-Governmental Organization (Nichtregierungsorganisation)

NISR

National Institute of Statistics of Rwanda (Nationales Statistik-Institut von Ruanda)

ODA

Official Development Assistance (Öffentliche Entwicklungszusammenarbeit)

OECD

Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)

OECD-DAC

Development Assistance Committee of the Organization for Economic Co-operation and Development (Ausschuss für Entwicklungszusammenarbeit der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)

ONAPO

Office National de la Population (Nationales Bevölkerungsamt)

PBF

Performance-Based Financing (leistungsbezogene Finanzierung)

PHC

Primary Health Care (Basisgesundheitsversorgung)

PRSP

Poverty Reduction Strategy Paper (Strategiepapier zur Armutsminderung, ersetzt durch die Economic Development and Poverty Reduction Strategy)

PSI

Population Services International (Bevölkerungsdienste International)

RPF

Rwanda Patriotic Front (Ruandische Patriotische Front)

SBS

Sector Budget Support (Sektorbudgethilfe)

SPIU

Single Project Implementation Unit (Einzelprojekt-Implementierungseinheit [des ruandischen Gesundheitsministeriums])

SRH

Sexual and Reproductive Health (sexuelle und reproduktive Gesundheit)

STI

Sexually Transmitted Infection (sexuell übertragbare Infektion)

SWAp

Sector-Wide Approach (Sektorweiter Ansatz)

ToC

Theory of Change (Theorie des Wandels)

TWG

Technical Working Group (Technische Arbeitsgruppe)

UNAIDS

Joint United Nations Program on HIV/AIDS (Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS)

UNFPA

United Nations Fund for Population Activities (Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen)

UNICEF

United Nations Emergency Fund for Children (Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen)

USAID

United States Agency for International Development (Behörde der Vereinigten Staaten für internationale Entwicklung)

USA

United States of America (Vereinigte Staaten von Amerika)

VCT

Voluntary Counseling and Testing (Freiwillige Beratung und Tests)

WHO

World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)



A.

HINTERGRUND, METHODIK UND KONTEXT DER EVALUIERUNG

1. Hintergrund der Evaluierung

Im Einklang mit der Pariser Erklärung zur Wirksamkeit der Entwicklungszusammenarbeit (EZ) und dem Aktionsplan von Accra hat sich die Regierung Ruandas verpflichtet, die Arbeitsteilung zwischen den Ruanda unterstützenden Gebern zu verbessern. Daher hat die Bundesregierung 2010 dem Wunsch der Regierung Ruandas zugestimmt, ihre Unterstützung des Gesundheitswesens zum Ende 2012 zu beenden und sich künftig auf zwei Schwerpunkte zu konzentrieren: Dezentralisierung und nachhaltige Wirtschaftsentwicklung mit besonderer Betonung des Privatsektors und beruflicher Bildung. Dieser historische Augenblick bot die einzigartige Gelegenheit, 30 Jahre Zusammenarbeit im ruandischen Gesundheitswesen zu überprüfen und zu bewerten, aus den Erfahrungen zu lernen und Erkenntnisse zur Verbesserung der Effektivität von EZ und Gesundheitsmanagements für die Zukunft zu gewinnen. Daher kam man von ruandischer und deutscher Seite anlässlich der Regierungsverhandlungen im November 2011 überein, vor Beendigung der deutschen Zusammenarbeit eine unabhängige Evaluierung durchzuführen, womit das neu gegründete Deutsche Evaluierungsinstitut der Entwicklungszusammenarbeit (DEval) betraut wurde. Die Vorbereitungen begannen im Juli 2012.

Dieser Evaluierungsbericht ist in drei Teile gegliedert: Teil A beschreibt Hintergrund und Methodik der Evaluierung sowie den Kontext, in dem die Förderung des Gesundheitswesens erfolgte und welche Grenzen der Evaluierung gesetzt waren. Teil B enthält die Feststellungen aus der Evaluierung nach verschiedenen Phasen der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit im Gesundheitssektor zwischen 1980 und 2012. Dazu gehört ein komprimierter Überblick über die Entwicklung dieser Zusammenarbeit sowie die Erörterung der Frage, wie sich diese Zusammenarbeit an die sich verändernden Bedingungen angepasst hat. Hierzu wird Bezug genommen auf die Kontext-Analyse in Teil A. Hinsichtlich der letzten Phase werden die Evaluierungskriterien Relevanz, Effektivität, Effizienz sowie Impact und Nachhaltigkeit in Bezug auf die einzelnen Komponenten des ruandisch-deutschen Gesundheitsprogramms aufgegriffen. Das Kriterium Impact ist

für alle Komponenten ebenso durchgängig dargestellt wie die Kriterien Kohärenz, Komplementarität, Koordinierung und Harmonisierung. Der nachfolgende Abschnitt bewertet die *Theory of Change* (ToC), indem die Interventionslogik des ruandisch-deutschen Gesundheitsprogramms zwischen 2007 und 2012 reflektiert wird. Teil B endet mit einer Analyse zweier weiterer wichtiger Aspekte, nämlich der Planung und Durchführung des Ausstiegs aus der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit im Gesundheitssektor sowie den damit verbundenen Implikationen bei deren Beendigung im Jahr 2012, wie auch der Identifizierung erfolgreicher und weniger erfolgreicher EZ-Modalitäten und Instrumente. Schließlich werden in Teil C Schlussfolgerungen aus den Evaluierungsergebnissen gezogen und Empfehlungen ausgesprochen, die letztlich für die Entscheidungsträger im ruandischen Gesundheitsministerium und im Bundesministerium für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) wie auch für die deutschen Durchführungsorganisationen von Nutzen sein dürften. Die Anhänge enthalten weitere Einzelheiten zu vielen der in diesem Bericht behandelten Themen.

1.1

Gegenstand, Zweck und Ziele der Evaluierung

Gegenstand der Evaluierung ist die 30-jährige ruandisch-deutsche Zusammenarbeit im Gesundheitssektor in Ruanda (1980 – 2012). Während dieses Zeitraums kam ein breites Spektrum von EZ-Modalitäten (projekt- und programmbezogener Ansatz, Korbfinanzierung und Sektorbudgethilfe, Politikdialog, technische Unterstützung, einschließlich Beratung und Training) und Instrumenten der deutschen EZ zum Einsatz: finanzielle Zusammenarbeit über die KfW Entwicklungsbank (KfW), technische Zusammenarbeit über die Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), den Deutschen Entwicklungsdienst (DED), das Centrum für internationale Migration und Entwicklung (CIM) und Internationale Weiterbildung und Entwicklung (InWEnt), alle im Auftrag des BMZ (einschließlich der KfW). Im Jahr 2011 wurden GTZ, DED und InWEnt unter dem neuen Namen Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) zusammengeschlossen.⁸ Die Arten sowie Bedeutung und

⁸ Dieser Bericht benennt die Durchführungsorganisationen für Projekte und Programme vor 2011 mit ihren alten Bezeichnungen GTZ, DED und InWEnt. Mit den Akronymen GTZ/GIZ, DED/GIZ und InWEnt/GIZ werden die Organisationen während der Übergangsphase benannt. Nach der Fusion 2011 wurde technische Zusammenarbeit durch GIZ und CIM implementiert.

Kombination der Modalitäten und Instrumente änderten sich im Verlauf dieser drei Jahrzehnte erheblich. Bei der Überprüfung der 30 Jahre ruandisch-deutscher Zusammenarbeit im Gesundheitssektor kristallisierten sich drei unterschiedliche Phasen heraus: (1) Gesundheitsdienste in ländlichen Gebieten und Familienplanung (1980 – 1994), (2) Basisgesundheitsversorgung, HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) und AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) (1995 – 2003), (3) Gesundheitssektor, reproduktive Gesundheit, Personalentwicklung (2004 – 2012).

Zweck dieser abschließenden summativen Evaluierung ist es, den Beitrag der deutschen EZ zum öffentlichen Gesundheitswesen in Ruanda über die letzten 30 Jahre darzustellen, zur Entwicklung von deutschen EZ-Strategien beizutragen sowie Wissen und Erfahrungen zu den deutschen EZ-Strategien im Gesundheitssektor und den ruandischen Strategien in der internationalen Zusammenarbeit zu erarbeiten.

Die Evaluierung beleuchtet die Entwicklung der EZ im Gesundheitssektor über viele Jahre hinweg und im Rahmen verändernder politischer und sozio-ökonomischer Kontexte und EZ-Modalitäten. Durch die Dokumentierung des gesamten Prozesses und den Blick auf erfolgreiche Ansätze können die ruandischen Partner die Ergebnisse zur Verbesserung der eigenen Steuerung des Gesundheitssektors und für ihre Zusammenarbeit mit anderen externen Partnern nutzen. Da das gesamte Spektrum an EZ-Modalitäten und Instrumenten in der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit im Gesundheitssektor zur Anwendung kam, hat die deutsche Seite ein Interesse daran zu dokumentieren, wie sich diese über die Jahre hinweg entwickelt haben und Erkenntnisse über ihre Interaktion im Rahmen eines Mehrebenen-Ansatzes zu gewinnen als auch kontinuierliche Elemente und den Veränderungsprozess herauszustellen. Darüber hinaus könnten diese Feststellungen auch bei der Entscheidung darüber hilfreich sein, mit welchen EZ-Modalitäten und Instrumenten der Gesundheitssektor in anderen Ländern am besten unterstützt werden kann.

Durch den Rückblick auf den gesamten Zeitraum der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit im Gesundheitssektor lässt sich herausarbeiten, dass die Ergebnisse und Errungenschaften

während dieser Zeit einen zentralen Baustein darstellen, auf dem das gemeinsame Gesundheitsprogramm ab 2004 aufbaute und schließlich 2007 in einen Sektor-weiten Ansatz (*sector-wide approach*, SWAp) mündete.

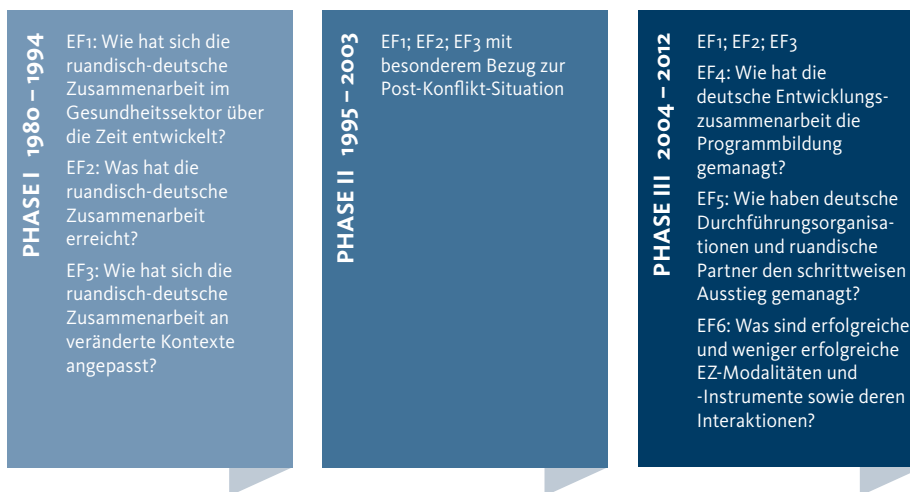
Als spezifische Zielsetzungen sollte die Evaluierung Belege und Beurteilungen vorlegen über

1. die Entwicklung der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit im Gesundheitssektor;
2. die Relevanz, Effektivität, Effizienz, Impact, Nachhaltigkeit, Kohärenz, Koordinierung, Komplementarität und Harmonisierung der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit im Gesundheitssektor;
3. erfolgreiche und weniger erfolgreiche EZ-Modalitäten und Instrumente und deren Interaktion und Anpassungsfähigkeit an veränderte Rahmenbedingungen innerhalb des Sektors und hinsichtlich sozio-ökonomischer und politischer Entwicklungen,
4. die Strategie bei dem schrittweisen Ausstieg und der Beendigung der deutschen EZ im Gesundheitssektor.

1.2

Umfang und Evaluierungsfragen

Gemeinsam mit Referenzgruppen in Deutschland und Ruanda wurden übergreifende Fragen zur Erreichung der Ziele der Evaluierung (siehe Kapitel A.1.1) formuliert. Allerdings wurde während der explorativen Phase deutlich, dass eine gleichwertige Beantwortung aller Fragen über einen Zeitraum von 30 Jahren nicht möglich sein würde. Um die Komplexität des Evaluierungsgegenstandes zu erfassen, hat DEval die deutschen Aktivitäten im ruandischen Gesundheitssektor auf paradigmatische Veränderungen hin untersucht, die es gestatten, den Evaluierungsgegenstand zeitlich in drei Phasen aufzuteilen. Erwartungsgemäß zeigte sich, dass für sehr frühe Zeiträume kaum Informationsquellen verfügbar waren. Daher wurde mit den Referenzgruppen vereinbart, die verschiedenen Phasen unterschiedlich stark zu werten und sich stattdessen jeweils auf zentrale Evaluierungsfragen zu konzentrieren.

Abbildung 1. Überblick über die zentralen Evaluierungsfragen nach Phase

Anmerkung: EF = Evaluierungsfrage.

Abbildung 1 zeigt, welche Evaluierungsfragen für jede Phase zu beantworten waren. Diese Schlüsselfragen können mit den Evaluierungskriterien des Entwicklungsausschusses der Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD-DAC) in Einklang gebracht werden (und den BMZ-Kriterien Kohärenz, Komplementarität, Koordinierung und Harmonisierung) wie in Tabelle 1 dargestellt.

Für Phase III wurden Prioritäten hinsichtlich der Evaluierungsfragen auf der Grundlage des von den Referenzgruppen erhaltenen Feedbacks gesetzt. Die Evaluierungsmatrizen (vgl. Anhang A) wurden entsprechend angepasst.

Tabelle 1. Evaluierungskriterien des OECD-Entwicklungsausschusses nach Phase

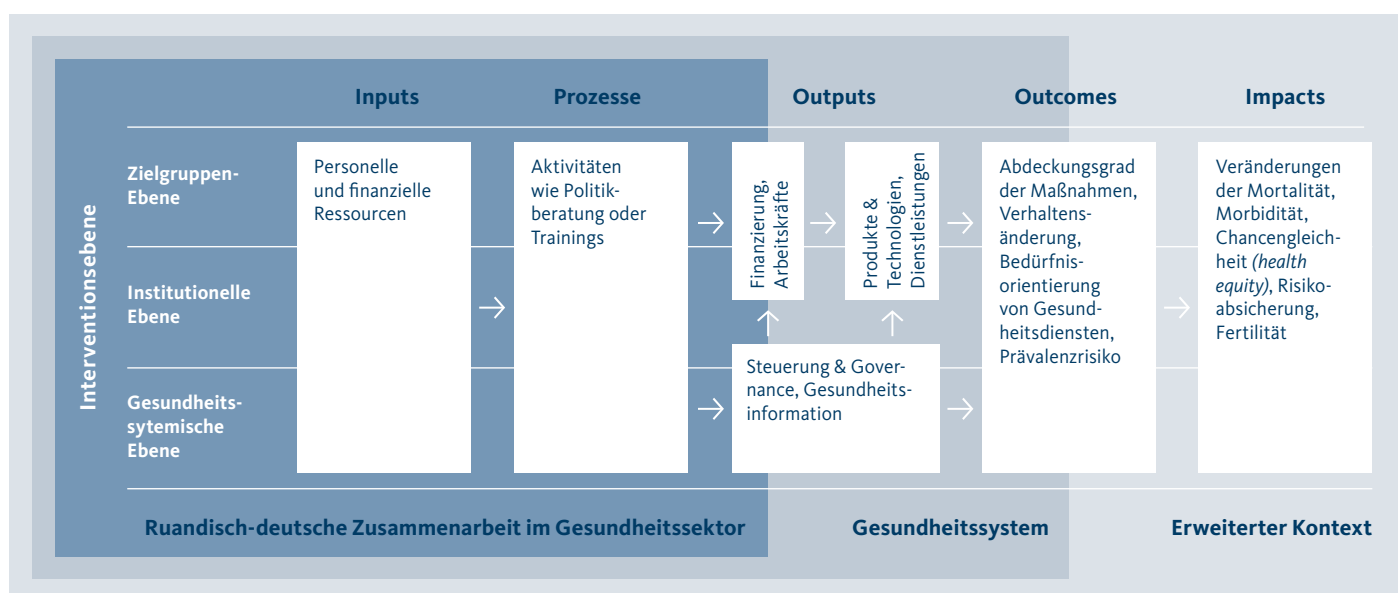
Evaluierungskriterium	Phase I	Phase II	Phase III
Relevanz	X	X	X
Effektivität	X	X	X
Effizienz			X
Impact			X
Nachhaltigkeit	X	X	X
Kohärenz, Komplementarität, Koordination, Harmonisierung	X	X	X

2. Die Methodik der Evaluierung

Die Evaluierung von 30 Jahren Entwicklungszusammenarbeit im ruandischen Gesundheitssektor bedeutet eine methodische Herausforderung hinsichtlich der Komplexität des Gegenstandes. Um dieser Herausforderung zu begegnen hat DEval die deutschen Aktivitäten im ruandischen Gesundheitssektor auf paradigmatische Veränderungen hin untersucht, die eine zeitliche Aufteilung dieses Zeitraums zulassen. Die Erfassung der Maßnahmen zwischen 1980 und 2012 nach (1) der Durchführungsorganisation, (2) der Dauer der Maßnahmen, (3) der Modalität der Unterstützung und der strategischen Ausrichtung und (4) dem thematischen Schwerpunkt der Maßnahmen

ließ den Schluss zu, dass die Jahre 1994/1995 und 2003/2004 Wendepunkte darstellten (vgl. Anhang C). Die so definierten Phasen sind gekennzeichnet durch verschiedene thematische Schwerpunkte der jeweiligen Maßnahmen. Darüber hinaus bedeutet der Genozid des Jahres 1994 in Ruanda eine so schwerwiegende Zäsur, dass diese berücksichtigt werden muss. Andererseits stellt das Jahr 2003 den Beginn einer Umstellung in der ruandisch-deutschen EZ vom Projektmodus auf stärker integrierte Zusammenarbeit dar. Neben dieser Eingrenzung des Evaluierungsgegenstandes entwickelte DEval einen Rahmen für die Darstellung der analytisch relevantesten Konzepte des Evaluierungsgegenstandes. Während das folgende Kapitel einen Überblick über die Evaluierungsmethoden zu geben versucht, wird in Anhang B eine detaillierte Darstellung vorgelegt.

Abbildung 2. Analyserahmen



Quellen: Abgeändert von Bryce, Victora, Boerma, Peters und Black (2011) und WHO (2007, 2009a, 2010).

2.1

Der Analyserahmen

Der Analyserahmen (vgl. Abbildung 2) dient als Instrument zum Umgang mit der Komplexität des Evaluierungsgegenstands, indem es diesen in analytisch handhabbare Einheiten einteilt und die Definitionen der Schlüsselkonzepte für diese Evaluierung klärt. Im Einklang mit anderen Analyserahmen für Gesundheitsevaluierungen erfasst er die Beziehungen zwischen diesen Konzepten und verortet sie auf drei sich überschneidenden und miteinander verbundenen Ebenen: (1) die ruandisch-deutsche Zusammenarbeit, (2) das ruandische Gesundheitssystem und (3) den erweiterten ruandischen Kontext. Während dieser Kontext nicht außer Acht gelassen wird, bildet dieser generische Rahmen die Grundlage für die Formulierung detaillierterer Theorien des Wandels.

2.2

Evaluierungsdesigns

Die Evaluierungsdesigns beruhen auf der Phasen-Einteilung (Phase I: 1980 – 1994; Phase II: 1995 – 2003; Phase III: 2004 – 2012) und dem Analyserahmen. Aufgrund des summativen Charakters dieser Evaluierung war die Verfügbarkeit von Schlüsselpersonen, relevanter Dokumentation und Sekundär-Daten begrenzt – insbesondere für die früheren Zeiträume.

Phasen I und II

Die turbulente politische Lage, offene Gewalt und instabile Post-Konflikt-Situation in Ruanda seit den 1980er Jahren bis zur Konsolidierung des neuen Regimes (gekennzeichnet durch die Wahlen in den Jahren 2000 und 2003) erforderte einen eher flexiblen Ansatz für die Phasen I und II. Um, bedingt durch die mangelnde Verfügbarkeit von offiziellen Unterlagen, keine wichtigen Informationen zu übersehen, wählte DEval einen durch die Evaluierungsfragen geleiteten sehr offenen, eher induktiven Ansatz der Datensammlung. Da frühere DED-EntwicklungshelferInnen für längere Zeit in Partnerorganisationen entsendet wurden und nahe an den Zielgruppen arbeiteten, wurden sie als besondere

WissensträgerInnen angesehen. Aussagen und Einschätzungen aus einem Survey und anschließenden Tiefen-Interviews verdichteten sich zu einem Bild, das sowohl die historischen Gegebenheiten wie auch die Rahmenbedingungen vor Ort widerspiegelte. Die Darstellungen dieser ZeitzeugInnen werden ergänzt durch Berichte aus den Archiven der Durchführungsorganisationen, des BMZ und weiterer Einzelpersonen.⁹ Weiterhin interviewte DEval ruandische SchlüsselinformantInnen für den Gesundheitssektor. Zur Rekonstruktion der Veränderungen in der Planung und Entwicklung der EZ im Gesundheitssektor wurden Projekt- und Prozessdokumentationen (wie z. B. Workshop-Protokolle) aus der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit herangezogen. Zur Bewertung von Implementierung und Ergebnisse wurden Interviews mit früheren deutschen MitarbeiterInnen (im Fall von EntwicklungshelferInnen auch Ergebnisse aus dem Survey) und deren ruandischen KollegInnen genutzt. Um bewerten zu können, was die deutsche EZ sich in einem größeren, landesweiten Kontext erreichte, wurden Auszahlungen von Hilfgeldern und für die EZ kritische Wegmarken durch eine Portfolio- und eine Kontextanalyse herausgearbeitet.

Phase III

Die größte methodische Herausforderung der Phase III bestand in der angemessenen Evaluierung eines Programms mit mehreren Komponenten und Interventions-Ebenen in der durch mehrere Geber geprägten Umgebung eines SWAp mit starker nationaler Eigenverantwortung (*ownership*).

In der Anfangsphase dieser Evaluierung sondierte das DEval-Team, inwieweit Evaluierungsdesigns zur Attribution der von Gesundheitseffekten in der ruandischen Bevölkerung auf die deutsche EZ durchführbar waren. Ein (quasi-)experimenteller Ansatz erwies sich als nicht durchführbar, da das ruandisch-deutsche Programm nicht nach dem Prinzip der Randomisierung implementiert worden ist und auch die geringe Daten-Verfügbarkeit den Ausschluss von Gefährdungen der internen Validität nicht zufriedenstellend ermöglichen könnte. Ferner setzen (quasi-)experimentelle Ansätze zum Nachweis eines Ursache-Wirkung-Zusammenhangs eine starke Kontrolle

⁹ DEval bezeichnet nicht publizierte Dokumente mit dem Pseudonym „Dok.“ und einer fortlaufenden Nummer, wenn die entsprechenden Aufsätze, Dokumente und Datensätze von beiden Ministerien, den Durchführungsorganisationen und ihren Partnern stammen oder die vollständige Zitation den Datenschutz des/der Autors/Autoren verletzen würde. Interviews sind in ähnlicher Weise pseudonymisiert (vgl. Abschnitt 2.3 dieses Kapitels).

durch den Evaluator voraus und konzentrieren sich daher oft auf nur wenige Variablen. Die Verfasser eines jüngst erschienenen Arbeitspapiers des UK Department for International Development (DFID) weisen auf die Kehrseite hin, wenn sie zu der Schlussfolgerung kommen, dass es in der Evaluierung „eine Austauschbeziehung zwischen dem Umfang eines Programms und der Stärke kausaler Nachweise“ gebe (Stern et al., 2012, S. ii). Dieses „Scoping Problem“ wird noch weiter kompliziert durch die starke Ausrichtung (alignment) des Programms an nationale Gesundheitsprioritäten im Rahmen eines SWAp. Während dies nach dem Paradigma von Paris und Accra an sich wünschenswert ist, werden dadurch aber Attributionsanalysen erschwert, was dazu führte, dass das Evaluierungsteam sich für die Evaluierung von Phase III für die Durchführung einer Kontributionsanalyse entschied. Bei der Kontributionsanalyse handelt es sich um einen theoriegestützten Evaluierungsansatz (vgl. Mayne, 2011), der für Situationen entwickelt wurde, in denen Attributionsanalysen nicht anwendbar sind. Eine Kontributionsanalyse fragt „im Licht der vielen, ein Ergebnis beeinflussenden Faktoren danach, ob die Maßnahme einen merklichen Beitrag zu einem beobachteten Ergebnis geleistet hat und auf welche Weise“¹⁰ (Mayne, 2012, S. 273). Ein komparativer Vorteil besteht darin, dass die Kontributionsanalyse eine stärkere Berücksichtigung von kausalen Mechanismen und dem Zusammenspiel von Einfluss-Faktoren ermöglicht als das (quasi-)experimentelle Grundprinzip. Dieses Potential macht die Kontributionsanalyse zu einem geeigneten Instrument für die Erfassung der vielen, im Laufe der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit im Rahmen eines SWAp gewonnenen Erfahrungen.

Auf der Grundlage der Arbeiten von Delahais und Toulemonde (2012) sowie Mayne (2012) passte das DEval-Team die Hauptschritte einer Kontributionsanalyse an: (1) Auf der Grundlage des *Interims-/Inception*-Berichts wurden die Referenzgruppen in Ruanda und Deutschland dazu eingeladen, die vorläufigen Ergebnisse zu diskutieren und thematische Schwerpunkte vorzuschlagen, die in der Vertiefungsphase der Evaluierung genauer untersucht werden sollten. Das DEval-Team trug diese Vorschläge zusammen und entschied abschließend über die thematischen Schwerpunkte. (2) Zur Rekonstruktion der ToC identifizierte und

sichtete das DEval-Team die entsprechenden Planungsdokumente für das ruandisch-deutsche Programm unter Verwendung des Analyserahmens als Filter, stellte eine übergreifende ToC auf (vgl. Anhang D) und holte zur Validierung Feedback von früheren Programm-MitarbeiterInnen ein, was zu einer leichten Anpassung führte. (3) Das Evaluierungsteam erstellte *Evidence Analysis*-Tabellen (vgl. Delahais & Toulemonde, 2012) für einzelne Stränge der ToC und sammelte darin die während der explorativen Phase der Evaluierung zusammengetragenen Belege (*items of evidence*; d.h. Informationen, welche die in der ToC dargestellten kausalen Zusammenhänge entweder bestätigen oder widerlegen). (4) Dieses Vorgehen ermöglichte eine formale Einschätzung, inwieweit die ToC bereits durch entsprechende Belege abgedeckt war und (5) identifizierte solche Zusammenhänge in den ToC, für die noch keine ausreichenden Belege vorhanden waren.

Zum Schließen dieser Lücken plante DEval die folgenden Methoden und Instrumente zur Datensammlung: (1) einen Survey unter früheren EntwicklungshelferInnen, (2) Interviews mit verschiedenen Gruppen von SchlüsselinformantInnen, (3) eine vergleichende Fallstudie von vier Distrikt-Gesundheitssystemen und (4) eine statistische Datenanalyse der jüngsten Runde des *Demographic and Health Surveys* (DHS) in Ruanda.

Zusammengenommen passten sich diese Methoden und Instrumente in die Kontributionsanalyse als übergreifenden Evaluierungsansatz ein und lieferten die für eine belastbare Bewertung der Programmbeiträge erforderlichen Belege. Die Aussagen zu diesen Beiträgen (*contribution claims*) und entsprechende Belege werden in Kapitel B.3.3.1 – 3.3.4 in den Abschnitten zu Effektivität und Kapitel 3.4 zu Impact vorgestellt.

Kritische Würdigung der Evaluierungsdesigns

Hinsichtlich des Ansatzes für die Phasen I und II bestand die Hauptschwierigkeit in der mangelnden Verfügbarkeit von Daten zur Identifizierung von InterviewpartnerInnen für die früheren Phasen und der Bestandsaufnahme der Projektdokumentation. Das Evaluierungsteam investierte beträchtliche Zeit und Mühe, um diese beiden Schwierigkeiten zu überwinden, und ist überzeugt, genügend Dokumentation zur Darstellung der

¹⁰ Wörtliche Zitate, die aus englischsprachigen Dokumenten stammen, wurden in dem vorliegenden Evaluierungsbericht durchgängig in die deutsche Sprache übersetzt.

ruandisch-deutschen Zusammenarbeit in den früheren Phasen zusammengetragen zu haben. Auf eine detaillierte Bewertung der Projekte muss jedoch verzichtet werden.

Die dem Programm zugrunde liegenden ToC sind trotz der Verwendung von Analyserahmen und Kontributionsanalyse zur Bewältigung der Phase III immanenten Komplexität immer noch recht komplex und enthalten eine Vielzahl von zu überprüfenden Kausalzusammenhängen (*causal link*; vgl. auch Anhang D). Bei der Evaluierung dieses und ähnlichen programmatischen Ansätzen zeigen sich zwei grundlegende Probleme. Erstens erhöht sich durch jeden zusätzlich geprüften Zusammenhang der Ressourcenbedarf für die gesamte Evaluierung. Nur abwägende Entscheidungen über den Umfang einer Evaluierung durch die Stakeholder der Evaluierung und das Evaluierungsteam kann so – unter Berücksichtigung des Prinzips effizienter Evaluierungen – den *utilization focus* für künftige und ähnlich komplexe Evaluierungen sicherstellen. Bei der vorliegenden Evaluierung ist das Evaluierungsteam überzeugt, dass die Kontributionsanalyse insbesondere hinsichtlich der OECD-DAC Kriterien Effektivität und Impact belastbare Ergebnisse lieferte, räumt allerdings ein, dass dies zu Lasten gewisser, mit dem Effizienzkriterium verbundener Fragen gegangen sein könnte. Zweitens ändert sich bei Programmen im Rahmen eines SWAp das Attributionsproblem. Bei stark auf den Partner ausgerichteter und gut abgestimmter Zusammenarbeit wird es immer schwieriger, selbst proximale Effekte den Leistungen einzelner Entwicklungspartner zuzuordnen. Ein daraus gewonnener Erfahrungswert war, dass ausreichend Ressourcen dafür eingesetzt werden sollten, andere Einflussfaktoren und Alternativerklärungen, die den Beitrag des Programms in Frage stellen, explizit zu berücksichtigen. Das Evaluierungsteam widmete bei der Rekonstruktion der ToC diesem Schritt sehr viel Zeit und Ressourcen und ist sicher, dass es genügend Belege über die Mechanismen des Programms zusammentragen konnte, um die in diesem Bericht gezogenen Schlüsse solide zu begründen. Für künftige komplexe Evaluierungen sieht das Team allerdings noch ungenutztes Potential für eine striktere Überprüfung der ToC durch stärkere Konzentration auf Alternativerklärungen, der Ausschaltung von deren postuliertem Einfluss, und bei der

stärkeren Einbeziehung der Stakeholder der Evaluierung zur Validierung der ToC.

2.3

Methoden und Instrumente zur Datensammlung

In diesem Abschnitt werden die in dieser Evaluierung eingesetzten Methoden und Instrumente zur Datensammlung dargestellt. Als Vorabbemerkung soll an dieser Stelle daran erinnert werden, dass die Evaluierung über die Phasen hinweg einen zweifachen Zweck verfolgt: Während der Schwerpunkt dieser Evaluierung für die thematischen Phasen I und II (von 1980 bis 1994 bzw. von 1995 bis 2003) darauf liegt, die Entwicklung der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit sowie die Anpassungen an die Kontexte des Landes und Ergebnisse zu dokumentieren, konzentriert sich der Fokus für Phase III (2004 bis 2012) darauf, Belege zu liefern, die in die theoriegestützte Kontributionsanalyse eingehen.

Survey früherer DED-EntwicklungshelferInnen

Frühere DED-EntwicklungshelferInnen werden aufgrund ihres langen Einsatzes im Gesundheitssektor und der direkten Kooperation mit den Zielgruppen von dem Evaluierungsteam als SchlüsselinformantInnen gesehen. Um dieses Instrument der Personalentsendung zu dokumentieren und zu erfassen, entwickelte DEval einen Zwei-Stufen-Prozess, der sowohl analytische „Breite“ als auch „Tiefe“ verbindet, indem (1) eine standardisierter Mixed-Mode-Survey (Online-Modus bzw. *paper&pencil*-Modus desselben Fragebogens) auf der Grundlage der *tailored design*-Methode (vgl. Dillman, Smyth, & Christian, 2009)¹¹ und (2) anschließend semistrukturierte Tiefen-Interviews mit einer gerichteten Stichprobe der Survey-Befragten der ersten Stufe durchgeführt wurden.

Von der anvisierten Survey-Population von 111 Personen (= Gesamtzahl der EntwicklungshelferInnen im ruandischen Gesundheitssektor zwischen 1980 und 2012) wurden 82 Personen kontaktiert, von denen 52 einen ausgefüllten Fragebogen zurückschickten. Die Rücklaufquote beträgt somit 63 % der Kontaktierten und 47 % der Gesamtpopulation. Statistische χ^2 -Tests zeigten

¹¹ Im Folgenden werden Belege aus den Aussagen einzelner EntwicklungshelferInnen mit dem Kürzel S DW [Survey Development Workers] bezeichnet plus einer fortlaufenden Nummer als Pseudonymisierung gekennzeichnet.

keine systematischen Abweichungen der Stichprobe von der Gesamtpopulation hinsichtlich Geschlecht und Entsendedauer. Die Anstrengungen bei Stichprobenkonstruktion und Triangulation der Antworten in den Fragebögen mit den Narrativen aus den darauffolgenden Interviews sollten Probleme wettmachen, die mit dem kleinen Stichprobenumfang verbunden sind. Dennoch sollten die in Prozentpunkten ausgedrückten Survey-Ergebnisse eher als Tendenzwerte statt als präzise statistische Schätzwerte betrachtet werden.

Interviews

Das erweiterte Evaluierungsteam führte in der explorativen Phase der Evaluierung 136 Interviews mit 316 Personen und weitere 128 Interviews in der Vertiefungsphase durch.¹² Weitere

24 Interviews und 28 Fokusgruppendifkussionen wurden im Rahmen der vergleichenden Fallstudie geführt. Die Interviews in der explorativen Phase konzentrierten sich auf die Eingrenzung des Evaluierungsgegenstandes, die Beurteilung der Durchführbarkeit verschiedener Evaluierungsansätze, das Programm und seinen Kontext „kennenzulernen“ und vorläufige Erkenntnisse bezüglich der OECD-DAC Kriterien für Phase III zu gewinnen. Die in der Vertiefungsphase durchgeführten Interviews dienten der Erhärtung der vorläufigen Ergebnisse aus der explorativen Phase durch die Generierung von Belegen für die ToC, die in die Kontributionsanalyse für Phase III eingingen. Die Tiefen-Interviews mit früheren DED-EntwicklungshelferInnen stellen in der Hinsicht eine Ausnahme dar, da sie auch dazu dienten, die aus der Kontextanalyse gewonnenen Hypothesen zu überprüfen.

Tabelle 2. Zielpopulationen für Interviews

Zielpopulation	Pseudonym	Anzahl der Interviews
Frühere DED-EntwicklungshelferInnen	INT InD DW	13
Frühere EntwicklungshelferInnen im DED-Ärztprogramm	INT HRD DW	9
Frühere TeilnehmerInnen am <i>International Leadership Training</i> (ILT)	INT HRD HM	15
Frühere TeilnehmerInnen am DED-Ärztprogramm	INT RP	20
Ruandische Projekt-/Programm-MitarbeiterInnen, <i>Counterparts</i> , Schlüsselpersonen	INT RP	17
SchlüsselinformantInnen anderer Entwicklungspartner	INT DP	4
Deutsche MitarbeiterInnen in Projekt/Programm und Zentrale	INT EXP	22
Integrierte Fachkräfte (CIM)	INT EXP	03
SchlüsselinformantInnen für SWAp	INT SWAp	25

Anmerkung: Diese Tabelle bietet einen Überblick über die Zielpopulationen für die Interviews, ihre Pseudonyme und die Anzahl der in der Vertiefungsphase geführten Interviews. Die in der explorativen Phase geführten Interviews wurden mit folgendem Code belegt: G=Gruppe; INT=Interview, GEN=Generell (nicht komponentenspezifisch); SWAp, HF, HRD, SRH=Abkürzung für die jeweilige Komponente. Die letzte Zahl wird jedem Interview zufällig zugeordnet. Zudem werden die folgenden Abkürzungen verwendet: InD=Vertiefungsinterview (in-depth interview); EXP=deutsche Fachkräfte (experts); RP= ruandische Partner; DP=Vertreter anderer Entwicklungspartner (development partners). Ein umfassenderer Überblick, in dem auch die in der explorativen Phase geführten Interviews enthalten sind, ist in Anhang B zu finden.

Zu den Hauptzielgruppen für die in der Vertiefungsphase durchgeführten Interviews gehörten frühere TeilnehmerInnen an Maßnahmen zur Personalentwicklung (35 Interviews), frühere Projekt- und Programm-MitarbeiterInnen (darunter EntwicklungshelferInnen und integrierte Fachkräfte: 47 Interviews),

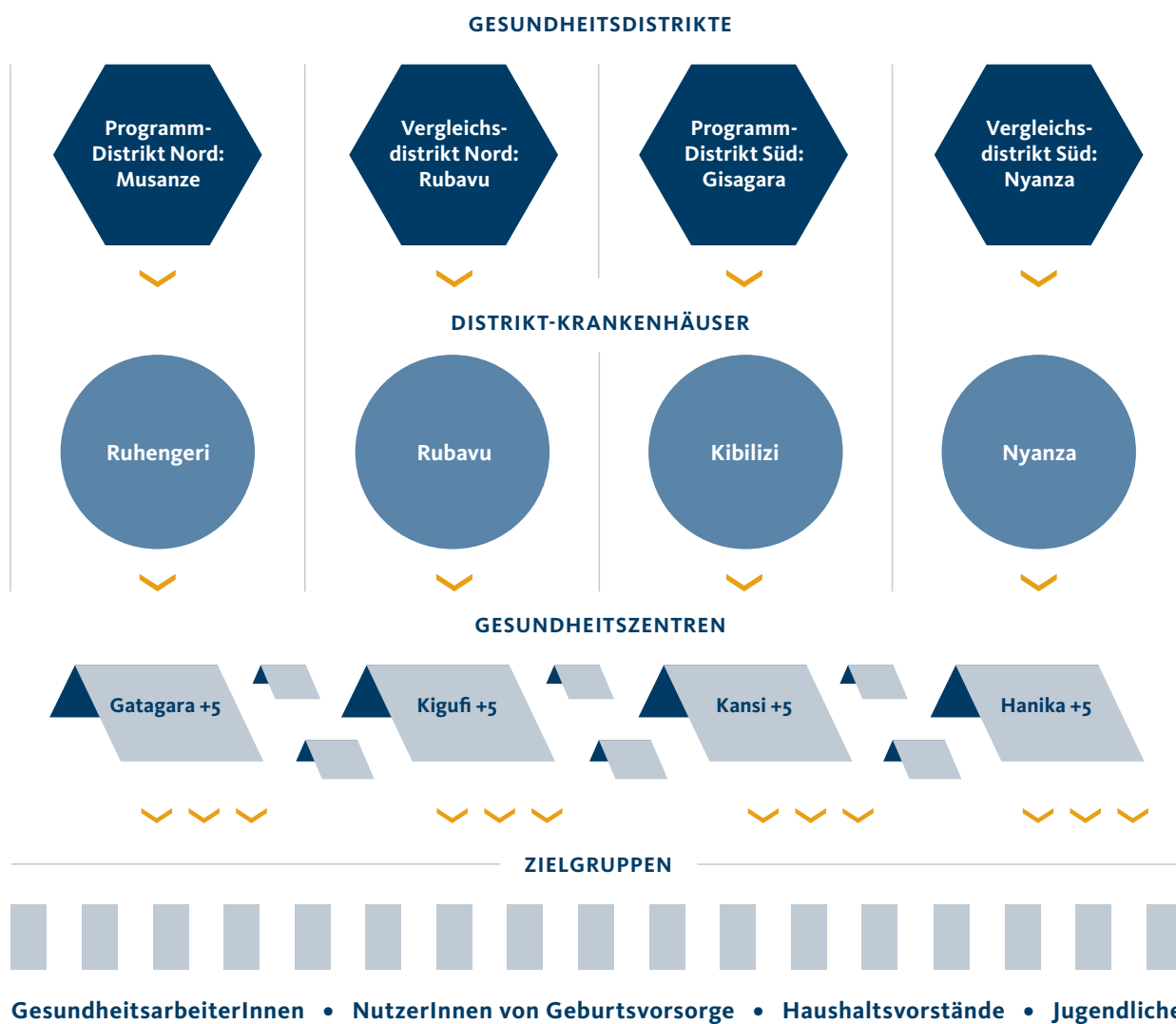
frühere *Counterparts* und ruandische Projekt-/Programm-MitarbeiterInnen (17 Interviews), SchlüsselinformantInnen zum Gesundheits-SWAp (25 Interviews) und andere Entwicklungspartner im ruandischen Gesundheitssektor (4 Interviews). Zur Wahrung der Privatsphäre der Befragten erfolgt die Bezugnahme

¹² Die Gesamtzahl der InterviewpartnerInnen in der explorativen Phase enthält Doppelzählungen von InterviewpartnerInnen, die zu mehr als einem Thema interviewt wurden. Insgesamt wurden 238 Personen befragt. Einige Personen, die Schlüsselressourcen darstellen, wurden auch während der Konsolidierungsphase mehrmals zu verschiedenen Themen befragt.

auf Belege aus den Interviews in pseudonymisierter Form. Hierfür wird ein Kürzel für die Zielpopulation und eine fortlaufende Nummer für die jeweilige InterviewpartnerIn vergeben (vgl. Tabelle 2). In einigen Fällen wird für mehrere Zielpopulationen dasselbe Kürzel verwendet, um eine Rückverfolgbarkeit der Identität zu vermeiden. EndnutzerInnen von Gesundheitsdiensten wurden im Rahmen des vergleichenden Fallstudien-Ansatzes befragt.

Um negative Einflüsse von Selbstauskünften auf die Daten-Qualität zu vermeiden, legte das Evaluierungsteam besonderen Wert darauf, mögliche Bedenken zum Datenschutz und Gedächtniseffekte so gering wie möglich zu halten und maß der Triangulation bei der Erhebung und Analyse der Interview-Daten große Bedeutung zu.

Abbildung 3. Vergleichender Fallstudien-Ansatz

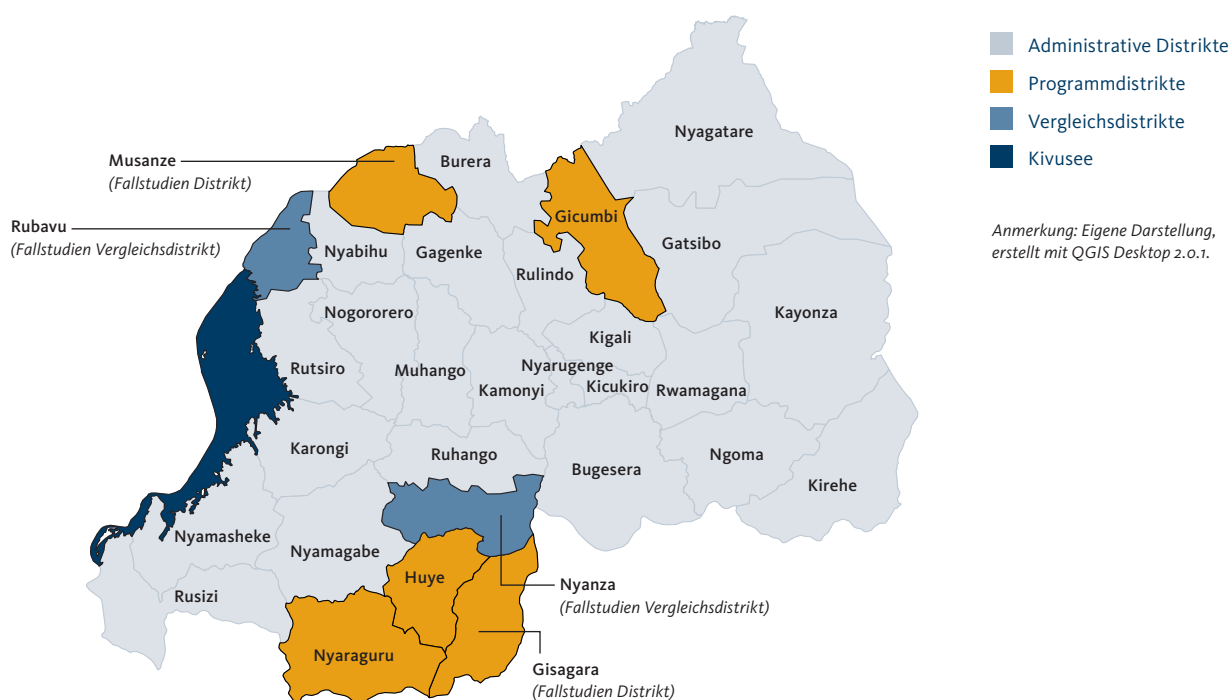


Vergleichende Fallstudie von vier Distrikt-Gesundheitssystemen

Die vergleichende Fallstudie wurde als tiefergehende Untersuchung angelegt, ob die ruandisch-deutsche Zusammenarbeit im Gesundheitssektor dazu beigetragen hat, die folgenden entwicklungspolitischen Kernprobleme zu adressieren: (1) unerschwingliche Kosten für Gesundheitsdienstleistungen, (2) niedrige Qualität von Gesundheitsdienstleistungen und infolgedessen (3) geringe Inanspruchnahme der Gesundheitsdienstleistungen. Fallstudien, insbesondere solche mit weiteren Unter-Fällen, eignen sich für die Sammlung von Belegen, die einen Großteil einer ToC abdecken (Delahais & Toulemonde, 2012, S. 285). Daher beauftragte das DEval ein externes ruandisches Forschungsteam damit, vier Distrikt-Gesundheitssysteme als Fälle zu untersuchen und sich dabei auf folgende Schlüsselakteure als Unter-Fälle zu konzentrieren (vgl. Abbildung 3): (1) Gesundheitsdienstleister auf

verschiedenen Versorgungsebenen, (2) EndnutzerInnen/PatientInnen und (3) die für die Steuerung und Verwaltung des Gesundheitssystems auf Distrikt-Ebene zuständigen Personen. Das Prinzip der Nicht-Diskriminierung und Chancengleichheit (*health equity*) wird dabei als übergreifendes Thema zu den erwähnten Aspekten behandelt. Insgesamt führte das Studienteam 28 Fokusgruppendifkussionen und 24 Einzel-Interviews durch mit dem Ziel, Bewertungen und Wahrnehmungen (auf der Grundlage von Krueger & Casey, 2009) zusammenzutragen und zu vergleichen. Zwei der vier untersuchten Distrikt-Gesundheitssysteme sind vorher im Rahmen der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit unterstützt worden und wurden als gerichtete Stichprobe ausgewählt, während die anderen beiden eine vergleichende Betrachtung des Programmbeitrags sowohl innerhalb als auch zwischen den Distrikten zulassen.¹³

Abbildung 4. Programm-Distrikte der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit und Vergleichsdistrikte



¹³ Belege aus der vergleichenden Fallstudie werden im Folgenden entsprechend zitiert.

Abweichungen von dem Forschungsdesign in der Umsetzung führten dazu, dass der komparative Aspekt der Fallstudie in der Analyse zu wenig Beachtung fand. Obwohl DEval interne MitarbeiterInnen damit beauftragte, dieses Problem zu bewältigen, erwies sich das Ergebnis als eher lose statt komparativ miteinander verbundene Einzel-Fallstudien. Dadurch gestaltete es sich äußerst schwierig, die spezifischen Eigenarten der einzelnen Distrikte aufzuzeigen und zu einer abschließenden Bewertung darüber zu gelangen, ob die ruandisch-deutsche Zusammenarbeit im Vergleich zu den anderen Distrikten hier einen Mehrwert hatte schaffen können. Abgesehen von der genannten Problematik und geringfügigen Abweichungen vom Stichprobendesign in Bezug auf die EndnutzerInnen erfüllten die vier Fallstudien jedoch im Großen und Ganzen ihren beabsichtigten Zweck und boten nützliche Erkenntnisse von Schlüsselgruppen hinsichtlich des dezentralisierten ruandischen Gesundheitssystems.

Sekundärdaten-Analyse der Demographic and Health Surveys

Im Rahmen der Kontributionsanalyse wurden spezifische Kausalzusammenhänge zwischen den in der ToC dargestellten Konzepten durch Anwendung statistischer und ökonometrischer Analyse getestet. Die größte Einschränkung für die Anwendung dieser Methoden besteht in der Verfügbarkeit von Daten. Im Hinblick auf den Evaluierungsgegenstand bieten großflächige Erhebungen zu demographischen und gesundheitsbezogenen Aspekten die vertrauenswürdigsten und aussagekräftigsten Daten. Auf der Grundlage der jüngsten Erhebungswelle im Jahre 2010 des *Demographic and Health Survey* in Ruanda konzentrierte sich die Sekundärdaten-Analyse darauf, den Einfluss soziale Interaktion auf die Annahme moderner Kontrazeptiva und erwünschter Fertilität zu quantifizieren und auf diese Weise den Zusammenhang zwischen den direkten Outputs des Programms und den sich daraus ergebenden Effekten (Outcomes) von Projekten des sozialen Marketing herzustellen. Als Methode wurde ein räumliches autoregressives Modell mit regional überschneiden *Peer*-Gruppen und Instrumentalvariablen zur Identifizierung angewendet. Einschränkungen leiten sich her aus weitreichenden Annahmen über sowohl die *Peer*-Gruppen als auch die Instrumentalvariablen. Die Ergebnisse der Studie

sind repräsentativ für Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren auf nationaler Ebene in Ruanda.

3. Der Kontext der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit im Gesundheitssektor

Das folgende Kapitel versucht, ein Licht auf den Kontext zu werfen, in dem die ruandisch-deutsche Zusammenarbeit über 30 Jahre hinweg operierte. Die folgenden Analysen gehen diese Aufgabe aus zwei unterschiedlichen Blickwinkeln an: Der erste Teil beschäftigt sich mit einer Kontext-Analyse, welche die langfristige Leistungsfähigkeit des Gesundheitssektors in Bezug auf die sozio-ökonomische und politische Entwicklung in Ruanda rekonstruiert. Der zweite Teil, eine Portfolio-Analyse, beschäftigt sich mit den in Ruanda vorherrschenden finanziellen Rahmenbedingungen, dem ruandischen Gesundheitssektor und dem deutschen Portfolio. Zusammen gesehen sollten beide Analysen nützliches Hintergrundwissen liefern und werden in späteren Kapiteln erneut herangezogen, um die Beiträge der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit über den ganzen Zeitraum zu bewerten.

3.1 Kontext-Analyse

Die Kontext-Analyse unternimmt den Versuch, ein breiteres Bild von Ruandas Gesundheitspolitik zu zeichnen und Verbindungen zwischen dem Gesundheitssektor und dem „großen“ politischen Schauplatz der turbulenten Jahre zwischen 1980 und 2012 herzustellen. Vor diesem Hintergrund unterscheidet die Kontext-Analyse drei Phasen (1980 – 1994; 1995 – 2003; 2004 – 2012) und leitet Hypothesen zu kontextuellen Einflüssen ab. Die Kapitel für die einzelnen Phasen nehmen diese Hypothesen auf und versuchen, sie auf der Grundlage von Interviews¹⁴ und Dokumentenrecherchen entweder zu erhärten oder zu widerlegen. Diese

¹⁴ Dieselben methodischen Vorbehalte wie im Kapitel zur Methodik (A.2.3) der Interviews gelten für diesen Ansatz der Hypothesen-Überprüfung.

Feststellungen werden zur Bewertung von Relevanz und Effektivität berücksichtigt (vgl. Kapitel B.1.1.2 und B.2.2.2). Eine Ausnahme stellt der Abschnitt zu Phase III dar: Er erläutert Ruandas übergreifende politische Architektur und bedeutende internationale Trends, während weitere, das Programm und seine einzelne Komponenten betreffende Rahmenbedingungen in detaillierterer Form und daher an anderer Stelle ausführlich bewertet werden (vgl. Kapitel B.3.3.1 – B.3.3.4). Ferner soll die Kontext-Analyse diejenigen Leser, die nicht näher mit der Geschichte Ruandas vertraut sind, über den großen Rahmen informieren, in dem die ruandisch-deutsche Zusammenarbeit stattfand.

Die hier aufgeführten Feststellungen gründen auf der Recherche sowohl akademischer als auch grauer Literatur, Interviews mit Zeitzeugen und der Auswertung von ausgewählten Gesundheitsindikatoren (Anhang F). Die größte Einschränkung dieser Kontext-Analyse ist das Nichtvorhandensein einer Meta-Theorie zur zeitlichen Entwicklung von Gesundheitssektoren, die herangezogen werden könnte, um festzulegen, welche Einflussfaktoren zwingend Beachtung finden müssen und welche nur bedingt Erklärungskraft besitzen. Während das DEval-Team einerseits sicher ist, Kontext-Bedingungen herausgestellt zu haben, die eine genauere Untersuchung in dieser Evaluierung verdienen, wäre es andererseits anmaßend, einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben. Ein zweiter Vorbehalt bezieht sich auf die Phasen-Einteilung der Kontext-Analyse: Die historischen Kontinuitäten im Kontext eines bestimmten Landes in sich gegenseitig ausschließende Phasen zu unterteilen ist, streng genommen, unmöglich. Das Evaluierungsteam hat sich jedoch bewusst dazu entschieden, Phasen im Zusammenhang mit solchen Jahren zu definieren, in denen es aus Sicht der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit größere Veränderungen gab. Dabei hat das Team bewusst in Kauf genommen, dass durch die Gliederung des folgenden Abschnitts nach den drei Phasen 1980 – 1994, 1995 – 2003 und 2004 – 2012 über die Unschärfe, die einer solchen Unterteilung innewohnt, hinweggegangen wird.

3.1.1 Wirtschaftlicher Niedergang und wachsende politische Spannungen (1980 – 1994)

Ruanda war von 1897 bis 1916 Kolonie unter indirekter deutscher und von 1916 bis 1959 unter belgischer Herrschaft gewesen. Im Jahr 1962 wurde das Land offiziell unter der republikanischen Regierung von Präsident Grégoire Kayibanda unabhängig. Die erste Republik nahm ihr Ende, als der damalige Generalmajor Juvénal Habyarimana sich 1973 in einem Militärcoup ohne Blutvergießen an die Macht putschte und den seinerzeit amtierenden Präsidenten Kayibanda absetzte (vgl. Prunier, 1995).

Die zweite Republik unter Präsident Juvénal Habyarimana (1973 – 1994) war stark geprägt durch eine Ideologie, die eine ländliche bäuerliche Lebensweise, manuelle Arbeit und die zahlenmäßig stärkste ethnische Gruppe glorifizierte, die dieser Vorstellung vermeintlich entsprach: die Hutu (Lemarchand, 1970; vgl. auch Verwimp, 2000). Dieser starke und von einer zentralistischen Einparteiensstaat wurde durch das Militär gestützt und arbeitete mit klaren politischen Instruktionen an einem vorwiegend agrarisch-orientierten Entwicklungsideal, das von jedem Bürger strikte Unterwerfung verlangte (Mamdani, 2001). Neben der omnipräsenten ethnischen Unterscheidung von Hutu und Tutsi gab es damals noch mindestens zwei weitere Aspekte klientelistischer Schichtung: Clans und Regionen (vgl. Asche, 1995; Orth, 2001; Prunier, 1995; Verwimp, 2000).

Diese Ideologie einer Entwicklungsdiktatur geriet Ende der 1980er und zu Beginn der 1990er unter enormen Druck, als die Rohstoffpreise, insbesondere für Kaffee, fielen, während die Preise für Importgüter stiegen, was teils auf die Strukturanpassungsprogramme der Weltbank zurückzuführen war (Schicho, 1999; Uvin, 1998). In der Bevölkerung kam es aufgrund der ungleichen Verteilung von Land und – allgemeiner gesehen – der zunehmenden Problematik, den Grundbedarf einer immer größer werdenden Bevölkerungsdichte durch Subsistenzwirtschaft zu decken, immer häufiger zu Streitigkeiten. Auch durch Druck von außen war die Stabilität des Regimes bedroht: Am 1. Oktober 1990 startete die *Ruandische Patriotische Armee* (*Rwandan Patriotic Army*), der bewaffnete Flügel der *Ruandischen Patriotischen Front* (*Rwandese Patriotic Front*; RPF), eine Offensive, um

ihr ruandisches Ursprungsland zu besetzen und die Macht zu übernehmen. Im Jahr 1993 beendete das Abkommen von Arusha den dreijährigen Bürgerkrieg. Dennoch wurde die ausgehandelte Teilung der Macht zwischen der Regierung von Ruanda und der RPF nur zögerlich umgesetzt und bot der Gewalt keinen Einhalt (Stettenheim, 2002; Straus, 2006).

Angesichts des wirtschaftlichen Niedergangs und der ethnischen Spannungen gibt es Hinweise darauf, dass die allgemeine Gesundheitssituation sich verschlechterte. Diese These wird gestützt durch sozio-ökonomischen Daten zu Lebenserwartung und Unterernährung in dieser Zeit (vgl. World Bank, 2014; und Anhang F). Um die Relevanz und Effektivität des deutschen EZ-Engagements im ruandischen Gesundheitssektor zu bewerten, weist dies auf eine erste Wegmarke hin, die genauer überprüft werden sollte:

Kontext-Hypothese 1: Die ruandisch-deutschen Maßnahmen im Gesundheitssektor sind in angemessener Weise an den Verfall der sozio-ökonomischen Bedingungen in Ruanda ab Mitte der 1980er Jahre angepasst worden, um relevant und wirksam zu bleiben.

Während alle sozialen und teils auch wirtschaftlichen Indikatoren Ruanda Ende der 1980er als eine unter Druck stehende, zerfallende Gesellschaft darstellten, war die internationale Gebergemeinschaft weiterhin davon überzeugt, dass es sich lohnte, die EZ mit Ruanda in den Jahren bis zu dem Genozid im Jahr 1994 weiterzuführen (vgl. Uvin, 1998, S. 41). Das anhaltend positive Bild Ruandas beruhte auf der Einschätzung, dass Korruption kaum verbreitet und dass die Verwaltung effizient sei, und der allgemeinen Auffassung unter den Gebern, die man wohl so beschreiben könnte, dass Ruanda in der Lage sei, „die Dinge geregelt zu bekommen“ (vgl. Uvin, 1998). Was dabei nicht berücksichtigt wurde, war wie prekär der sozio-politische und ideologische Hintergrund des Regimes einer ethnisch geteilten Gesellschaft und einem regional- und clanbasierten Machtgefüge war, aus dem viele bedeutende gesellschaftliche Akteure ausgeschlossen waren. Gleichwohl war die Politik der ruandischen Regierung in den 1980ern in verschiedenen Sektoren und politischen Zusammenhängen von ethnischer Diskriminierung. Die Bevorzugung

von Hutu war eher die Regel als die Ausnahme. So waren Tutsi zum Beispiel systematisch höhere Positionen im politischen System und im Militär verschlossen und im Bildungssystem galt für Tutsi eine Quote von 9 % – zunächst eher lose verfolgt und mit der sich entwickelnden politischen Krise später strikt durchgesetzt (Prunier, 1995, S. 74 – 92). Vor diesem Hintergrund scheint es wahrscheinlich, dass eine ähnliche Diskriminierungspolitik gegenüber der Tutsi-Minderheit auch im Gesundheitssektor bestand. Diese Art der Politik stand offenkundig in starkem Widerspruch zu den Menschenrechtsverpflichtungen der ruandischen Regierung, da Ruanda sowohl den Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (UN, 1966a) als auch den Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte (UN, 1966b) im Jahr 1975 ratifiziert hatte. Im Zusammenhang mit der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen ist es durchaus möglich, dass die ethnozentrische zweite ruandische Republik gegen das Prinzip der nicht-diskriminierenden Behandlung, wie in diesen Abkommen festgelegt, verstoßen haben könnte, ebenso wie gegen das Prinzip der universellen Zugänglichkeit zu Basisgesundheitsversorgung, wie festgelegt in der Deklaration von Alma Ata (WHO 1978). Um zu bewerten, wie die deutsche EZ mit diesen Rahmenbedingungen in den 1980ern umgegangen ist, untersuchte das Evaluierungsteam eine weitere Kontext-Hypothese:

Kontext-Hypothese 2: Die Gesundheitspolitik während des Habyarimana-Regimes hatte einen negativen Einfluss auf die ruandisch-deutschen Maßnahmen im Gesundheitssektor hinsichtlich des Schutzes von Minderheiten und der Nicht-Diskriminierung bei Gesundheitsdienstleistungen.

Seit den 1980er Jahren war die Basisgesundheitsversorgung (*Primary Health Care*; PHC) eine Schlüsselstrategie zur Verbesserung der Gesundheit der ruandischen Bevölkerung. Es gibt Hinweise darauf, dass die ruandische Regierung das Basisgesundheitskonzept kurz nach der Alma Ata Konferenz übernommen hat (Mirasano, 1984, S. 33; vgl. auch Mungwakuzwe, 1985) (vgl. Kasten 1 und Anhang G). Weitere staatliche Prioritäten waren die Dezentralisierung der Aufgaben, Zuständigkeiten und Mittelverteilung für das Gesundheitswesen (INT EXP 21). Ruanda dehnte

die geographische Abdeckung der Basisgesundheitsdienste aus und investierte in die Weiterbildung des Personals im Gesundheitssektor, wobei der Schwerpunkt auf PHC-Fachkräften und nicht auf weitergehender Spezialisierung lag.

Kasten 1. Die Deklaration von Alma Ata und Basisgesundheitsversorgung

Die Deklaration von Alma Ata (1978) kann durchaus als das wichtigste internationale Gesundheits-Abkommen für die Entwicklungsländer betrachtet werden und führte zur Einführung des Basisgesundheitskonzepts (*Primary Health Care*, PHC) als Plan zur universellen Versorgung mit essentiellen Basisgesundheitsdiensten. Bis heute ist die Basisgesundheitsversorgung ein wichtiges gesundheitspolitisches Thema in vielen (Entwicklungs-)Ländern.

Basisgesundheitsversorgung wird definiert als „essentielle Gesundheitsversorgung auf der Basis praktischer, wissenschaftlich fundierter und sozial annehmbarer Methoden und Techniken, die Einzelpersonen und Familien in der Gemeinschaft offen steht durch deren volle Teilhabe daran und zu Kosten, die Gemeinschaft und Land in jedem Stadium ihrer Entwicklung im Geiste der Eigenständigkeit und Selbstbestimmung aufbringen können“ (WHO 1978: Artikel VI).

Ruanda führte 1985 eine Strategie zur Gesundheitsentwicklung im Geiste der Erklärung von Lusaka, die auf dezentralisiertes Managements und einer Versorgung auf Distrikt-Ebene aufbaut (GoR, 2005a), die auch im Rahmen des Dezentralisierungsprozesses des Landes in den späten 1990er Jahren revitalisiert wurde (vgl. Kasten 3 in Abschnitt 3.1.2 und Anhang G). Diese Strategie leitete neue Investitionen in den ruandischen Gesundheitssektor und half dem Land bei der Formulierung von klar umrissenen Planungen für Krankenhäuser und der Vermeidung von Doppel-Finanzierungen. Dies war besonders deshalb wichtig, da neben dem Staat auch andere Einrichtungen Gesundheitsdienste für die ruandische Bevölkerung bereitstellten.¹⁵ Der oben näher beschriebene Fall der Kaffeepreise in Verbindung mit dem von außen ausgeübten Druck nach Strukturanpassungen hatte schwerwiegende Auswirkungen auf die wirtschaftliche Situation der ruandischen Haushalte. Beides führte dazu, dass weniger Mittel für eine gesunde Ernährung zur Verfügung standen. Bis 1989 war der Staatshaushalt so stark geschrumpft, dass die Regierung als Bewältigungsstrategie Sozialleistungen immer

weiter einschränkte (vgl. Prunier, 1995, S. 93). Seit 1975 hatten die Ruander für die Gesundheitsversorgung zahlen müssen – Ausnahmen gab es nur für Bedürftige und wenn den Einrichtungen reichlich externe Geldmittel zufließen (INT EXP 21). Ruanda führte ab 1989 die Politik zur Gesundheitsfinanzierung im Sinne der Bamako-Initiative (vgl. Kasten 2 und Anhang G) mit dem Hauptziel der Kostendeckung ein (Schneider, Diop, & Bucyana, 2000, S. 10).¹⁶

Kasten 2. Die Bamako-Initiative

Die Bamako-Initiative (1987) war ein früher Ausdruck der „Strukturanpassungspolitik“, die das Ergebnis eines Treffens afrikanischer Gesundheitsminister war. Die Initiative hatte die Dezentralisierung von Entscheidungskompetenzen im Gesundheitswesen auf lokaler Ebene zum Gegenstand wie auch die Einführung einer realistischen nationalen Medikamentenpolitik mit dem Ziel, die Bereitstellung essentieller Medikamente für die Menschen in Subsahara-Afrika zu verbessern. Die Resolution der Bamako-Konferenz berief sich ausdrücklich auf Alma Ata und verlangte die Förderung der Basisgesundheitsversorgung durch Festlegung und Umsetzung von Eigenfinanzierungsmechanismen auf Distrikt-Ebene, Förderung der sozialen Mobilisierung und Sicherstellung einer geregelten Versorgung mit Medikamenten. Die relevanteste, bekannteste und umstrittenste Neuerung der Bamako-Initiative war die Einführung von Gebühren für die Inanspruchnahme öffentlicher Gesundheitseinrichtungen in vielen afrikanischen Ländern.

Im Zusammenhang mit diesen Einflüssen auf den ruandischen Gesundheitssektor sollte ferner eines der wichtigsten und umstrittensten Themen der Gesundheitspolitik zum damaligen Zeitpunkt untersucht werden: Familienplanung. Es ist unwahrscheinlich, dass das Habyarimana-Regime jeder Familie in Ruanda ohne Berücksichtigung der jeweiligen ethnischen und möglicherweise auch Clan-Zugehörigkeit mit der gleichen Haltung begegnete. Obwohl programmatisch vorgesehen und offiziell von der Regierung Ruandas unterstützt, könnte Familienplanung im Widerspruch gestanden haben zu Habyarimanas Politik der Verherrlichung einer ländlichen Lebensweise und zu seinem traditionellen Glauben daran, viele Kinder haben zu müssen, um so Selbsterhalt und Selbstversorgung in einer ländlichen Umgebung sicherzustellen. Habyarimana war lange nicht bereit, eine umfassende Politik zur Senkung der Geburtenrate

¹⁵ Insbesondere hatten religiöse und karitative Organisationen neben den öffentlichen Einrichtungen ein landesweites Versorgungssystem errichtet: Ca. 60 % der 272 Gesundheitseinrichtungen im Jahr 1985 wurden durch die öffentliche Hand betrieben, und 50 – 60 % der Ruander, die klinische Behandlung suchten, wandten sich an private, überwiegend von der katholischen Kirche betriebene Einrichtungen (vgl. May, Mukamanzi, & Vekemans, 1990).

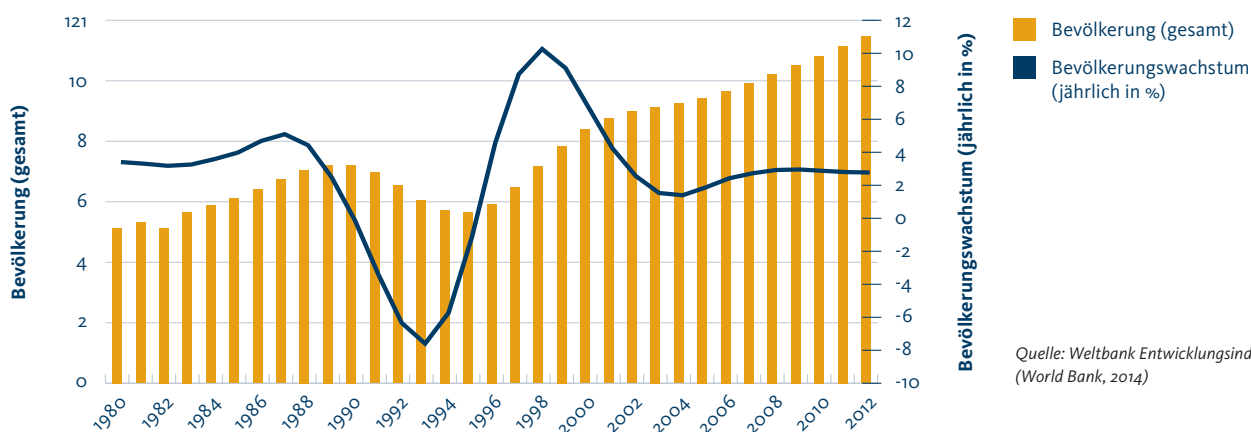
¹⁶ Der höchst kontroverse Bericht „Die Finanzierung von Gesundheitsdiensten in Entwicklungsländern. Eine Agenda für Reformen“ unterstrich die Notwendigkeit einer verbesserten Finanzierung des Gesundheitssektors und räumte einem Gebührensystem für die Nutzer sowie PatientInnengebühren Priorität ein als Mittel zur Mobilisierung von Ressourcen und mehr Nachhaltigkeit der Gesundheitsfinanzierung (Akin, Birdsall, & de Ferranti, 1987). Der Bericht bezog sich ausdrücklich auf Alma Ata und betrachtet Basisgesundheitsversorgung in erster Linie unter finanziellen Kriterien.

einzuführen (Verwimp, 2000). Und es gibt sogar Berichte über Überfälle unter Duldung des Innenministeriums auf Apotheken, in denen Kondome verkauft wurden (Prunier, 1995, S. 89). Tatsächlich wurde der Bevölkerungsdruck in Ruanda immer stärker (vgl. Abbildung 5): Bis 1993 war Ruanda mit durchschnittlich mehr als 3000 Menschen auf 1000 Hektar zu einem der 10 Länder weltweit mit der höchsten Bevölkerungsdichte geworden (World Resources Institute, 1994). Aus dem Ungleichgewicht zwischen der damaligen politischen Haltung und der demographischen Entwicklung leitet sich Kontext-Hypothese 3 ab.

Kontext-Hypothese 3: Ein Mangel an echtem inhaltlich-politischem Rückhalt während des Habyarimana-Regimes minderte die Relevanz und die Ergebnisse der ruandisch-deutschen Maßnahmen im Bereich der Familienplanung.

In der brisanten Zeit zwischen dem Ausbruch des Bürgerkriegs im Jahr 1990 und dem Arusha-Friedensprozess wurde bald deutlich, dass das alte Regime es nicht schaffen würde, weiterhin allein an der Macht zu bleiben (Prunier, 1995, S. 367). Internationale Vermittler drangen auf die Einführung eines Mehrparteiensystems und eine Interimsregierung mit proportionaler Beteiligung der verschiedenen Ethnien. Die Aussicht auf eine erzwungene Öffnung des politischen Schauplatzes trieb die Hardliner der Regierung Habyarimana zu einer extremen Instrumentalisierung von ethnischer Zugehörigkeit. Schließlich ging es so weit, dass es sich für die Parteien nur noch um ethnische Fragen drehte, und es entstand der Eindruck, dass es nur darum ging: Hutu oder Tutsi, „die oder wir“.

Abbildung 5. Ruanda – Bevölkerung (gesamt) und Bevölkerungswachstum (jährlich in %) 1980 – 2012



Der ethnisch aufgeladene Konflikt erreichte seinen Höhepunkt, als im April 1994 das Flugzeug mit Präsident Habyarimana an Bord über Kigali abgeschossen wurde. Hutu-ExtremistInnen ergriffen innerhalb von Stunden die Macht und der vom Staat in Gang gesetzte Genozid begann.¹⁷ Ethnische Hardliner der

Hutu-Mehrheit töteten systematisch Tutsi und gemäßigte Hutu, was einen geschätzten Blutzoll von zwischen 500.000 (Des Forges, 1999; Melvern, 2000) und mehr als einer Million Todesopfern (GoR, 2013) forderte. Gleichzeitig startete die Ruandische Patriotische Armee eine Invasion des Landes von ihrem Exil in

¹⁷ Da diese Evaluierung ihren Schwerpunkt auf dem Gesundheitssektor hat, wird der Genozid nur kurz behandelt zum besseren Verständnis der Leser, die nicht mit der Geschichte Ruandas vertraut sind. Detailliertere Darstellungen, die dieser zweifellos stärksten Zäsur in der Geschichte Ruandas gerecht werden, und sich mit den Gründen befassen, die zu dem Genozid führten, seinem Beginn und dem Verlauf der Geschehnisse sind in wegweisenden Werken von Des Forges (1999), Prunier (1995) und Straus (2006) enthalten.

Uganda aus. Als die Offensive an Boden gewann, löste dies den Massenexodus von geschätzten 2,1 Millionen Ruändern in die Demokratische Republik Kongo (DRC; damals Zaire) aus.

3.1.2 Nothilfe, anhaltende Unsicherheit und Konsolidierung (1995 – 2003)

Nach dem militärischen Sieg setzte die RPF am 19. Juli 1994 eine neue Regierung in Kigali ein. Verbliebene Teile des alten Habyarimana-Regimes reorganisierten sich und drangen von Flüchtlingslagern in der DRC aus immer wieder in ruandisches Gebiet ein. Die RPF reagierte 1996, indem sie Truppen in die DRC entsandte, was den Beginn einer Reihe von Kriegen kennzeichnete, in die schließlich nicht nur die Regierungen der DRC und Ruandas involviert waren, sondern auch sieben weitere afrikanische Länder sowie zahlreiche irreguläre Bewegungen und Gruppen (vgl. Prunier, 2009a, 2009b). All dies trug zu einem permanenten Gefühl der Unsicherheit und einem insgesamt bedrohlichen Umfeld in Ruanda bei (Ingelaere, 2009), insbesondere im Nordwesten. Sicherheit und politische Stabilität im Land festigten sich erst mehrere Jahre später.

Eine in Auftrag gegebene internationale Gemeinschaftsevaluierung der komplexen Notlage in Ruanda beschreibt eine dramatisch veränderte Umgebung nach dem Genozid (vgl. Eriksson et al., 1996): Geschätzte 80 % der in Ruanda im Gesundheitssektor tätig gewesenen Fachkräfte waren bis Mitte Juli 1994 entweder umgekommen oder aus dem Land geflohen. Die Nothilfe, hauptsächlich geleistet durch internationale Nichtregierungsorganisationen (NGOs) und multilaterale Institutionen, konzentrierte sich auf Binnenvertriebene und Flüchtlinge, wobei mindestens 200 NGOs in der Nothilfe aktiv waren. Während die Anstrengungen zur Wiederherstellung der materiellen Infrastruktur schnell zu Ergebnissen führten (bis 1996 waren die Gesundheitseinrichtungen weitgehend auf das Niveau vor 1994 wiederhergestellt), ging jedoch die offizielle Kooperation zwischen der internationalen Gemeinschaft und dem Gesundheitsministerium aufgrund von Bedenken hinsichtlich der Zuständigkeit und Rechtmäßigkeit der damaligen ruandischen Regierung nur langsam voran.

Zur Vorbereitung bilateraler Regierungsverhandlungen über Entwicklungszusammenarbeit gab das BMZ in diesem Zusammenhang 1998 die Evaluierung eines ausgewählten Bereichs des deutschen Portfolios in Auftrag (Wolff & Mehler, 1998). Das Ziel war – ausgedrückt in heutiger Terminologie – festzustellen, ob seit 1994 durchgeführte Projekte in den Bereichen Reintegration von Flüchtlingen, Justiz, Bildung und Medien¹⁸ Konfliktsachen mildern konnten: Bewaffnete Unruhen im Land waren 1998 noch immer weit verbreitet, wodurch ca. ein Drittel des Landes als unsicher eingestuft und damit für Hilfe von außen nicht erreichbar war. Als logische Folge zu dem Bericht von Wolff und Mehler wurde das deutsche Gesundheitsportfolio zur damaligen Zeit nicht einer solchen strategischen Neuorientierung unterzogen. Die Evaluierung bietet jedoch einen Überblick über den Gesundheitssektor: Während 86 % der gesamten Ausgaben der Regierung für den Gesundheitssektor aus ausländischen Quellen stammten, berichten Wolff und Mehler, dass sich die Gesundheitskosten für einen Durchschnittshaushalt auf 5,4 % des Jahreseinkommens beliefen (seinerzeit zwischen 2.700 und 3.700 RWF). In Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Gemeinschaftsevaluierung stellt der Bericht auch fest, dass fast alle Gesundheitseinrichtungen wiederhergestellt und wiedereröffnet waren, obwohl die Verbreitung von medizinischem Personal und Medikamenten wie auch der geographische und finanzielle Zugang problematisch waren: Unmittelbar nach dem Genozid hatte Ruanda umfassende und bedeutende internationale Hilfe erhalten. Diese ermöglichte die Bereitstellung kostenloser Gesundheitsdienste bis Ende 1996, als die meisten internationalen NGOs ihre Unterstützung langsam zurückfuhren (INT HF 32; vgl. Soeters, Musango, & Meessen, 2005). Als Folge davon ging die Nutzung der Gesundheitsdienste bis 1999 auf 0,25 Konsultationen pro Kopf und Jahr zurück (INT RP 1; vgl. auch Schneider, 2005).

Weitere, von Wolff und Mehler benannte Kernprobleme im Zusammenhang mit dem Gesundheitssektor waren die weite Verbreitung von Armut, die mindere Qualität und Abdeckung staatlicher Sozialleistungen (insbesondere im Gesundheitssektor) wie auch die Demographie: Bis 1999 führte starke

¹⁸ Medienprojekte beziehen sich hier auf die Unterstützung von Radio Ruanda. Es sollte beachtet werden, dass die Medien (insbesondere Radio Télévision Libre de Mille Collines, RTML) eine signifikante Rolle in der Anstachelung zum Hass und der Mobilisierung zum Genozid spielten. Alle 1998 evaluierten Projekte fallen daher unter eine weiter gefasste Definition des heutigen Konzepts von Transitional Justice.

Zuwanderung und Repatriierung früherer Flüchtlinge¹⁹ zu einer geschätzten Bevölkerung von ca. 8 Millionen und kam somit der Bevölkerungszahl Zahl vor dem Genozid gleich (vgl. auch Abbildung 5). Die vor dem Genozid bestehenden Probleme im Gesundheitssektor waren somit immer noch relevant und die unbeständige Post-Konflikt-Phase schuf noch mehr in Angriff zu nehmende Probleme. Um sowohl Relevanz als auch Effektivität bewerten zu können, ist es erforderlich zu untersuchen, wie die deutsche EZ auf diese Herausforderung reagierte, was zu der nächsten Kontext-Hypothese führt:

Kontext-Hypothese 4: Die deutsche bilaterale Zusammenarbeit folgte im Gesundheitssektor mehr ihrer Agenda vor dem Genozid als strategisch und programmatisch umorientierte Unterstützung zu leisten.

Auf der Ebene jedes einzelnen musste die ruandische Bevölkerung nach den traumatischen Erfahrungen des Bürgerkrieges von 1990, dem Genozid, der Invasion der RPF und dem Regimewechsel mit *imitima yarakomeretse*, „der Krankheit des verwundeten Herzens“, zurecht kommen (Prunier, 2009a, S. 37). Ca. 73 % der Bevölkerung berichten, mindestens ein Familienmitglied verloren zu haben (Pham, Weinstein, & Longman, 2004). Daher waren die Familien auf dem Lande nach 1994 der Botschaft der Familienplanung (INT InD 12, 33) nicht aufgeschlossen, was zur nächsten Kontext-Hypothese führt:

Kontext-Hypothese 5: Die deutsche Zusammenarbeit führte ihre Unterstützung in der Familienplanung nach dem Genozid ohne wesentliche Veränderungen weiter, statt sie an den veränderten Kontext anzupassen und so ihre Relevanz sicherzustellen.

Für diesen Zeitraum des Umbruchs im Lande fand das Evaluierungsteam keinerlei Spuren dafür, dass in Ruanda Mitte oder Ende der 1990er signifikante internationale Gesundheitspolitiken oder -initiativen (vgl. Anhang G) aufgenommen worden wären. Daher könnte man den Zeitraum seit dem Beginn des Bürgerkrieges im Jahr 1990 bis zur Jahrhundertwende als ein für das Land „verlorenes Jahrzehnt“ bezeichnen. Es hat jedoch seit 2000, als Ruanda im Geiste der Lusaka-Erklärung von 1985 eine Entwicklungsstrategie für den Gesundheitssektor auf der Grundlage dezentralisierten Managements und Versorgung auf Distrikt-Ebene einführte (vgl. GoR, 2005b), bemerkenswerte Fortschritte gegeben.

Kasten 3. Die Lusaka-Erklärung

Die Lusaka-Erklärung (1985) zur Dezentralisierung des nationalen Gesundheitssystems und den Gesundheitssystemen auf Distrikt-Ebene hat international weder bei politischen Entscheidungsträgern noch in der Wissenschaft große Beachtung gefunden. Interessanterweise hatte diese Erklärung das größte Echo in politischen Grundsatzpapieren in Ruanda, die zehn oder mehr Jahre später erstellt wurden (GoR, 2005a, 2005b). Die Lusaka-Erklärung wirbt für drei Strategien zur Verbesserung der Qualität und des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen: (1) Dezentralisierung des Gesundheitssystems, indem der Gesundheitsdistrikt als Grundeinheit des Systems fungiert; (2) Entwicklung von Systemen zur Basisgesundheitsversorgung; und (3) Stärkung der Beteiligung der Gemeinschaft am Management und der Finanzierung der Dienste (GoR, 2005b, S. 5).

3.1.3 Versöhnung – Sicherheit – Entwicklung (2004 – 2012)

Während es schwierig ist, ein exaktes Ende der Post-Konflikt-Zeit festzulegen, betrachtet diese Evaluierung den Zeitraum zwischen 2000 und 2003 als Einschnitt: Die Sicherheitssituation in Ruanda verbesserte sich nach dem Lusaka Abkommen von 1999 und dem Pretoria Abkommen von 2002 drastisch und der innere Frieden ist seither in Ruanda stabil.²⁰ Außerdem weisen die ersten Präsidentschaftswahlen nach dem Genozid auf einen qualitativ neuen Grad politischer Konsolidierung hin.²¹ Die Regierung unter

¹⁹ Eine Zeit der Spannungen zwischen den Tutsi- und Hutu-Gruppierungen in den späten 1950ern und frühen 1960ern, der sogenannten ruandischen Revolution, führte zur Flucht von schätzungsweise 600.000 Tutsi in Ruandas Nachbarländer (Prunier, 1995, p. 63). Viele dieser Flüchtlinge und ihre Nachkommen kehrten, nachdem die RPF Ruanda erobert hatte, zurück.

²⁰ In diesen Abkommen verpflichtete sich die Regierung der Demokratischen Republik Kongo dazu, sich um die Anwesenheit von irregulären KämpferInnen zu kümmern, die Ruanda von kongoleischem Boden aus bedrohten. Im Gegenzug würde die Regierung von Ruanda alle militärischen Kräfte zurückziehen (International Crisis Group, 2005). Der Kivu-Konflikt im Osten des Kongo ging nach dem Rückzug Ruandas in einem geographisch kleineren Rahmen, aber in einem keineswegs weniger blutigen Ausmaß weiter. Ruanda intervenierte 2009 im Rahmen der gemeinsamen militärischen Operation Umoja Wetu („unsere Einheit“) zusammen mit der kongoleisichen Regierung ein drittes Mal in der DRC. Bis zum heutigen Tag kommt es immer wieder zu Explosionen auf ruandischem Gebiet und zu Artilleriequerschlägern aus der DRC.

²¹ Der frühere Kommandant der RPF und damalige Vizepräsident und Verteidigungsminister, Paul Kagame, wurde 2000 durch das Parlament zum Präsidenten gewählt und durch die Wahlen 2003 im Amt bestätigt. Doch halten internationale Beobachtergruppen Ruanda noch nicht für eine konsolidierte Demokratie. Man vergleiche hierzu das Landesprofil des Freedom House (Freedom House, 2013) oder den Bertelsmann Transformation Index für Ruanda (Bertelsmann Foundation, 2012). Beide Indizes gehen zurück auf das liberale Verständnis von Demokratie und noch konkreter hauptsächlich auf Dahls Konzept der „Polyarchie“ (Dahl, 1989), die wahrscheinlich schwer auf ein Land mit der Geschichte Ruandas übertragen werden können.

Paul Kagame verfolgt eine umfassende Politik der Überbrückung ethnischer Spaltungen in der Gesellschaft und der (Neu) Gestaltung der ruandischen Nation. Wesentliche Bausteine dieser Politik können entlang einer rechtlichen, einer sozialen und sicherheitsrelevanten Dimension dargestellt werden. Auf der rechtlichen Dimension soll ein dreistufiges Justizsystem sich mit den Verbrechen beschäftigen, die im Zusammenhang mit dem Genozid verübt wurden. Der Internationale Strafgerichtshof für Ruanda zieht Einzelpersonen zur Rechenschaft, die der Planung des Völkermordes und Verbrechen gegen die Menschlichkeit beschuldigt werden, während das ruandische Gerichtssystem und die *Gacaca*-Gerichte mit gewählten Laien-RichterInnen auf kommunaler Ebene Genozid-Verdächtige verurteilen, die wegen anderer, im Zusammenhang mit dem Genozid begangener Verbrechen beschuldigt werden (UN, 2013). Ein Leitmotiv dieser *Gacaca*-Gerichte ist Vergebung, indem geständige TäterInnen um Verzeihung bitten und ihre Strafe durch Dienste an der Gemeinschaft ableisten (Rugege, 2006). Auf der sozialen Dimension ist die Schaffung der *National Unity and Reconciliation Commission* (NURC), der nationalen Einheits- und Versöhnungs-Kommission, als große politische Bemühung zu sehen. Sie wurde 1999 gegründet und verfolgt das Ziel, Freiheit und gegenseitigen Respekt zu fördern, aber auch destruktive Handlungen zu verfolgen, um so die negativen Folgen des Genozids auf das ruandische Volk zu beheben (GoR, 1999). Die NURC versucht durch nationale Gipfeltreffen, Zusammenkünfte und Konferenzen zur Einheit und Versöhnung wie auch durch Workshops als Teil der „bürgerlichen Umerziehung“ oder durch „Solidaritäts“-Camps zum Abbau der Spannungen innerhalb der Bevölkerung beizutragen (Zorbas, 2004). Mit Blick auf die Sicherheit wurden für regionale Programme sowohl einheimische als auch externe Ressourcen zur Unterstützung bei der Entwaffnung, Demobilisierung und Reintegration der Ex-KämpferInnen im Großraum um die Großen Seen abgestellt. Dabei handelte es sich zwischen 2002 und 2009 um das *Multi-Country Demobilisation and Reintegration Program* (MDRP) sowie dessen bis heute aktives Nachfolgeprogramm (World Bank, 2010).

Diese Veränderungen bei Gesetzesreformen und der Sicherheitslage für die ruandischen BürgerInnen gingen einher mit der Schaffung eines entwicklungsorientierten Verwaltungsapparates, wobei Letzteres für Ruanda eher eine Fortführung als eine Neuerung bedeutete.²² In Ruanda herrschte weiterhin der Pragmatismus und die relativ niedrige Korruption der Jahre vor dem Genozid, und der Westen finanzierte die EZ in Ruanda weiterhin in sehr hohem Umfang (vgl. Zorbas, 2011, und das Kapitel zur Portfolio-Analyse). Zusammengefasst kennzeichnen diese Trends das Ende der Post-Konflikt-Zeit und den Beginn zunehmender Legitimität und Stabilität für die Inangriffnahme politischer Reformen.

Inzwischen ist Ruanda zu einer der beständigen Antriebskräfte für den wirtschaftlichen Aufschwung in Afrika geworden. Die Wirtschaftsdaten in Ruanda weisen laufend Wachstumsraten von mehr als 7 % aus (außer 2003, 2007 und 2009 aufgrund der internationalen Wirtschaftskrisen). Laut der Weltbank hat sich das pro-Kopf Bruttoinlandsprodukt (BIP) zwischen 2000 und 2011 mehr als verdoppelt (von 520 USD pro Kopf in Kaufkraftparität auf 1.251 USD; World Bank, 2014). Wirtschaftliche und administrative Effizienz waren und sind daher bestimmend für alle Initiativen der ruandischen Regierung im Zeitraum nach 2000. Es herrscht ein Grad an innerer Sicherheit, wie man ihn lange nicht in Ruanda erlebt hat. Doch geht dies auf Kosten solcher demokratischen Rechte wie Rede- und Versammlungsfreiheit oder das Recht, Parteien zu gründen (Longman, 2011).

Gleichzeitig hat die ruandische Regierung (GoR) auch eine Reihe hochrangiger politischer Prozesse angestoßen. Die bedeutendste politische Aussage entstammt der sogenannten Vision 2020: „Die Vision möchte Ruanda bis zum Jahr 2020 in ein Mitteleinkommens-Land verwandeln“ (GoR & MINECOFIN, 2000, S. 9). Ruanda geht davon aus, dieses Ziel auf breitenwirksame und armutsorientierte Weise zu erreichen, indem sechs „Säulen“ verfolgt werden, die wiederum Unter-Ziele enthalten wie z.B. die Senkung des Bevölkerungswachstums und die Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Menschen (S. 14). Alle weiteren

²² Im Gegensatz dazu vergleiche man Booth und Golooba-Mutebi (2012), die versuchen, einen völlig neuen Charakter von Kagames Politik aufzuzeigen, der sie die Bezeichnung „Entwicklungs-Patrimonialismus“ geben.

Bausteine der ruandischen Politikarchitektur stehen im Einklang mit der Vision 2020. Sowohl das Engagement zur Erreichung der Millennium-Entwicklungsziele (MDGs) bis 2015 (vgl. Kasten 4) und der Prozess der Formulierung eines Strategiepapiers zur Armutsminderung (*Poverty Reduction Strategy Paper*; PRSP) werden als Zwischenstufen auf dem Weg zu dem langfristigen Ziel der Vision 2020 gesehen.

Kasten 4. Die Millennium-Entwicklungsziele (MDG)

Die Millennium-Entwicklungsziele (*Millennium Development Goals*; MDG) als Ergebnis des Millennium-Gipfels und der Millenniums-Erklärung der Vereinten Nationen im Jahr 2000 legen acht zeitplangebundene Ziele fest, die, wenn sie erreicht werden, der extremen Armut weltweit bis 2015 ein Ende bereiten würden (UN, 2000). Insbesondere MDG 4 (Senkung der Kindersterblichkeitsrate), 5 (Verbesserung der Gesundheit von Müttern) und 6 (Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderer Krankheiten) beziehen sich auf Gesundheit. Die MDG sind der wohl wichtigste und prominenteste Meilenstein in der internationalen Zusammenarbeit.

Auf der Grundlage eines Interim-PRSP (GoR 2000) wurden 2002 mittelfristige Planungen in großem Rahmen aufgenommen. Das erste *Poverty Reduction Strategy Paper* (PRSP I; GoR, 2002) definierte Prioritäten, die stark durch das Ende der Notzeit beeinflusst waren und darauf abzielten, die Überwindung des Vermächtnis durch den Genozid und die Konsolidierung des bisher Erreichten zu unterstützen (GoR, 2007, S. 7). Doch kamen darin auch die Ergebnisse der *Commission on Macroeconomics and Health* (Sachs, 2001) zum Ausdruck, dessen neuem Paradigma zufolge Investitionen in die Gesundheit als wichtige Voraussetzung für Entwicklung und Armutsreduktion zu sehen sind (vgl. Anhang G). Die Schwerpunktsetzung auf Gesundheit umfasste dabei die Betonung des starken Potentials von Krankheitsprävention und Basisgesundheitsversorgung im Sinne der Erklärung von Alma Ata, eine Fokussierung auf ausgewählte Infektionskrankheiten – angetrieben durch MDGs und den Globalen Fonds (GFATM; vgl. auch Kasten 5) –, armutsorientierte Gesundheitsfinanzierung und die Stärkung des Gesundheitssystems im Sinne der damaligen Weltbank-Politik.

Kasten 5. Der Globale Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM)

Der Globale Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM) wurde 2002 im Rahmen einer Sondersitzung der UNO über HIV/AIDS (vgl. Anhang G) zur Erreichung des schwierigen MDG 6 (Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderer Krankheiten) bis 2015 eingerichtet. Der GFATM nahm seine Tätigkeit im Januar 2002 als internationale Finanzierungsorganisation mit dem Ziel auf, zusätzliche Ressourcen für Prävention gegen und Behandlung von HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria zu beschaffen und zu verteilen. Die Hauptrolle des GFATM ist die eines Finanzierungsmechanismus, während die Implementierung durch *Country Coordinating Mechanisms*, an denen verschiedene VertreterInnen der jeweiligen Länder beteiligt sind, organisiert wird.

Die darauf folgende *Economic Development and Poverty Reduction Strategy* (EDPRS) bezog sich auf die Jahre 2008 – 2012. Die EDPRS enthält drei „Flaggschiff-Programme“ (GoR, 2007): (1) Nachhaltiges Wachstum für Arbeitsplätze und Exporte, (2) Armutsbekämpfung in ländlichen Gegenden durch das Vision 2020 *Umurenge*-Programm; und (3) *Governance*. Die EDPRS gibt auch die nationalen Prioritäten vor, innerhalb derer die strategischen Pläne für den jeweiligen Sektor entwickelt werden sollten. Dabei ist der Gesundheitssektor verankert unter „zusätzliche, Sektorbezogene Maßnahmen zur Erreichung der EDPRS-Ziele“ (S. 91) mit besonderer Betonung auf die Stärkung von Gesundheitsprogrammen, einer Verlangsamung des Bevölkerungswachstums und der Ausdehnung der sozialen Sicherung (vgl. auch Dok. 41).²³

Bereits das PRSP des Jahres 2002 bestätigte die Wichtigkeit der Formulierung und Harmonisierung von Sektor-Strategien zur Erreichung der gesteckten Ziele (GoR, 2002, S. 35). Der erste *Health Sector Strategic Plan* (HSSP) geht zurück auf das Jahr 2005 und führte die Prioritäten des ruandischen Gesundheitsministeriums (*Ministry of Health*; MoH) für den Gesundheitssektor bis 2009 auf (GoR, 2005b): Sicherstellung der Verfügbarkeit von (1) Personal und (2) qualitativ-hochwertigen Medikamenten, Impfstoffen und Verbrauchsmaterial; (3) Erweiterung der geographischen Abdeckung; Verbesserung der (4) finanziellen Zugänglichkeit zu Gesundheitsdiensten, (5) Qualität von und Nachfrage nach Dienstleistungen der Krankheitsbekämpfung und (6) Qualität von und Nachfrage nach Leistungen in nationalen Referenzkrankenhäusern und Forschungs- und Behandlungseinrichtungen;

²³ EDPRS 2, eingeführt ab 2013/14 und Ruandas Agenda bis 2017/18, befand sich zum Zeitpunkt der Ausarbeitung dieses Berichtes in der Elaborationsphase. In Zukunft wird Gesundheit weniger prominent (vgl. INT EXP 9) unter „Grundlagenthemen“ oder, im Fall von HIV/AIDS, unter „übergreifenden Themen“ Berücksichtigung finden (vgl. GoR 2013).

(7) Stärkung der institutionellen Kapazitäten. Der folgende HSSP II für die Jahre 2009–2012 (GoR & MoH, 2009) teilte die Programmbereiche in zwei Handlungsstränge auf: Bereitstellung von NutzerInnen-orientierten und unterstützungsorientierten Dienstleistungen. Zu den NutzerInnen-orientierten Diensten gehören „alle Ziele und Leistungen, die direkt auf eine bessere Gesundheit der Menschen ausgerichtet sind“ (S. 21) wie Familienplanung, sexuelle und reproduktive Gesundheit (*Sexual and Reproductive Health*; SRH), Mutter-Kind-Gesundheit und Prävention durch Verhaltensänderung. Zu den unterstützungsorientierten Dienstleistungen gehören „Ziele und Leistungen, die ein geeignetes Umfeld für die Erbringung der Dienstleistungen bieten und dafür sorgen, dass diese optimal wirksam und effizient sind“, und dadurch zur Stärkung des Gesundheitssystems beitragen (S. 21). Die deutschen Programmbereiche wie Gesundheitsfinanzierung und Personal für das Gesundheitswesen (*Human Resources for Health*; HRH) werden ausdrücklich genannt. Der HSSP II wurde 2011 einer Zwischenüberprüfung unterzogen (IHP+, 2011) in Verbindung mit einer Bewertung der nationalen Strategien unter Einbeziehung der beteiligten Akteure (IHP+, 2012), die in die Erarbeitung des HSSP III einging (vgl. Dok. 28). Die HSSPs werden wiederum in spezielleren Politikvorgaben operationalisiert – z.B. für eine gemeindebasierte Krankenversicherung (*Community-Based Health Insurance*; CBHI) (MoH, 2010a) oder Personal (GoR & MoH, 2006a) – welche bei der Bewertung der Komponenten des ruandisch-deutschen Programms berücksichtigt wurden.

Ruanda hat sehr erfolgreich Mittel vom Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (vgl. Kasten 5 und Anhang G) eingeworben und ist das Land mit den meisten Zuwendungen in der Region. In jüngerer Zeit war Ruanda unter den wenigen Ländern, die universellen Zugang zu antiretroviraler Therapie erreicht haben, was als Abdeckung von mindestens 80 % des Bevölkerungsbedarfs definiert ist (UN, 2012, S. 42). Darüber hinaus wurden aus Mitteln des Globalen Fonds mehr als 1,5 Mio. Jahresbeiträge zur Krankenversicherung für sehr arme Menschen und ca. 146.000 Jahresbeiträge für Menschen mit HIV/AIDS finanziert (Benn, 2009, S. 63). Ruanda stellt eine bemerkenswerte Ausnahme zu dem üblichen *modus operandi* des

Globalen Fonds dar: Die Mittel des GFATM wurden nicht nur für die Finanzierung von vertikalen Maßnahmen eingesetzt, sondern auch für die Abdeckung von Armen durch soziale Sicherung im Gesundheitsbereich (vgl. Schmidt, 2012, S. 134). Derzeit wird diskutiert, ob vertikale Ansätze (im Gegensatz zu horizontalen und gesundheitssystemischen Ansätzen) die allgemeine Gesundheit großer Bevölkerungen gefährden und durch die Konzentration auf spezifische Erkrankungen Ungleichheiten in der Bereitstellung von Gesundheitsdiensten Vorschub leisten, da sie Personal und finanzielle Ressourcen entgegen der Erklärung von Alma Ata von der Basisgesundheitsversorgung abzweigen (Global Health Watch, 2011). Die internationale Gemeinschaft erkennt inzwischen die kontraproduktiven Effekte der krankheitsbezogenen Programme und verlagert die Debatte zurück auf horizontale Programme. Jedoch sind die Vorstellungen, was Gesundheitssystemstärkung eigentlich bedeutet, nicht klar gefasst und unterschiedlich. Wie in der Fachzeitschrift *Lancet* bemerkt, „gibt es keinen Konsensus über die operationale Definition des Begriffs Gesundheitssystemstärkung“ (Reich & Takemi, 2009, S. 509).

Zwei weitere Stränge sind für die Darstellung der ruandischen Architektur des Gesundheitssektors erwähnenswert und werden an anderer Stelle ausführlicher behandelt: Die Agenda zu *Development Effectiveness* und Dezentralisierung (vgl. auch B.3.7 und B.3.3.1). Ruanda hält sich strikt an die in der Pariser Erklärung von 2005 (vgl. Kasten 6) aufgestellte Agenda und hat bereits 2006 eine Politik erarbeitet, die darauf abzielt, die Zusammenarbeit mit Entwicklungspartnern gemäß den Pariser Prinzipien zu handhaben (GoR, 2006). Die Politik wirft auch kritische Fragen im Hinblick auf internationale Zusammenarbeit und insbesondere vertikale Programme auf und fordert die Wirksamkeit der Zusammenarbeit und Ausrichtung auf die Prioritäten und Systeme der Regierung (vgl. auch Kasten 6). Zur Harmonisierung der Entwicklungszusammenarbeit und Steigerung der Wirksamkeit der internationalen Zusammenarbeit führte Ruanda zur Berücksichtigung seiner nationalen Prioritäten eine Politik der Arbeitsteilung unter den Entwicklungspartnern ein (*Division of Labor Policy*), die seit dem Jahr 2010 umgesetzt wird (MINECOFIN, 2013). Die Beendigung der deutschen

Zusammenarbeit im Gesundheitssektor aufgrund der Politik der Arbeitsteilung zwischen Entwicklungspartnern kann zu dieser Agenda zurückverfolgt werden.

Der Dezentralisierungsprozess begann 2000 und trat 2005 mit einer administrativen Reorganisation²⁴ in seine zweite Phase, in der auch die Minimalanforderungen an die geographische Abdeckung im Gesundheitswesen festgelegt wurde (ein Krankenhaus pro Distrikt, ein Gesundheitszentrum pro Sektor, eine Gesundheitsstation pro Zelle). Über alle Verwaltungsebenen hinweg war eines der von der ruandischen Regierung verfolgten wichtigsten Prinzipien das der Rechenschaftspflicht. Trotz dieser Dezentralisierungsbemühungen zeigt eine Studie der United States Agency for International Development (USAID) (Fox, Ravishankar, Squires, Williamson, & Brinkerhoff, 2010), dass die institutionelle Rechenschaftslegung gegenüber den EndnutzerInnen von Gesundheitsdiensten immer noch unzureichend ist. Schlüsselpersonen in der Verwaltung des Gesundheitssektors, z. B. im Bereich von CBHI, haben oft nicht die nötigen Kapazitäten, um die täglichen Abläufe in den Gesundheitseinrichtungen vor Ort zu überwachen und zu kontrollieren (vgl. MoH, 2011b): Aufgrund von Fehlinformationen und nicht klar definierten Verantwortlichkeiten verrichten sie häufig zeitraubende Arbeiten, für die sie nicht zuständig sind, weil die Beziehungen zwischen den Distriktzuständigen für Gesundheit und den ManagerInnen der Gesundheitseinrichtungen wie auch dem Distriktat unzulänglich definiert sind.

Kasten 6. Die Pariser Erklärung zur Wirksamkeit der Entwicklungszusammenarbeit

Die Pariser Erklärung von 2005 zur Wirksamkeit der Entwicklungszusammenarbeit zielt darauf ab, die Koordination zwischen nationalen und internationalen Entwicklungsanstrengungen und die mangelnde Harmonisierung der internationalen Zusammenarbeit zu verbessern. Die fünf Grundprinzipien der Deklaration – Eigenverantwortung, Partnerausrichtung, Harmonisierung, Ergebnisorientierung, gegenseitige Rechenschaftslegung (*ownership, alignment, harmonization, managing for results, mutual accountability*) – haben im Gesundheitssektor erheblich an Bedeutung gewonnen, wo Partner zusammenarbeiten, um eine einzige, vom Partnerland angeführte nationale Strategie gut koordiniert unterstützen.

Die spezifische Relevanz der Pariser Erklärung für Entwicklungsstrategien im Gesundheitssektor liegt in der richtigen Abstimmung von Flexibilität und Vorhersagbarkeit, der Ausrichtung auf die Prioritäten des Landes und niedrigere Transaktionskosten von Geberfinanzierung durch bessere finanzielle Planbarkeit, Budgetierung und Implementierungskapazitäten im Gesundheitssektor.

Die relative Leichtigkeit, mit der die deutsche EZ mit der ruandischen Regierung in dem gesamten untersuchten Zeitraum und besonders während des letzten Jahrzehnts zusammenarbeiten konnte, kann zum Teil durch die ruandische Sichtweise auf Entwicklung erklärt werden, die internationalen Entwicklungsparadigmen zu einem hohen Grad entsprechen. Obwohl Ruanda große Eigenverantwortung (*ownership*) an Entwicklungsprozessen zeigt, darf die Frage gestellt werden, ob *ownership* der Regierung auch *ownership* der Menschen bedeutet. Andererseits kann festgestellt werden, dass Politikvorgaben meist mit regelmäßigen Überprüfungen verbunden und mit klaren Indikatoren versehen sind. Und schließlich ist Ruandas wirtschaftlicher Erfolg eine der vielen Indikatoren, die Ruandas Handlungsansatz bis auf weiteres legitimieren.

3.2 Portfolioanalyse

Die Portfolioanalyse zielt darauf ab, Auskunft über die Zuteilung von finanziellen Ressourcen über alle Sektoren und Zeiträume hinweg durch die ruandische Regierung, die EZ-Partner und die bilaterale ruandisch-deutsche Zusammenarbeit zu geben. Dies ist von Relevanz sowohl zum Verständnis der Rolle der deutschen EZ im Gesundheitssektor als auch zur Feststellung der absoluten und relativen Größenordnung des Beitrags und eröffnet einen Einblick in den finanziellen Kontext. Die Analyse konzentriert sich dabei auf Veränderungen im Laufe der Zeit und prüft im Zusammenhang mit der jeweiligen Finanzierungsquelle, welche Mittel in den Gesundheitssektor und welche in andere Sektoren geflossen sind. Die Analyse stützt sich hinsichtlich der bilateralen Kooperation der Jahre 1980 – 2012 auf das Datenauskunftssystem des BMZ (BMZ, 2012b). Für die Analyse von Geberbeiträgen für den Zeitraum von 2001 – 2012 wird auf das *Creditor Reporting*

²⁴ Während dieser Phase wurde die Zahl der Provinzen (vorher *préfectures* genannt) von 15 auf vier reduziert (zusätzlich zu Kigali) und die Zahl der Distrikte von 106 auf 30. Unterhalb der Distriktebene gibt es 416 Sektoren (*imirenge*), 2.150 Zellen (*akagari*) und fast 14.826 Dörfer (*imidugudu*) (vgl. GoR & MoH, 2009, p. 15).

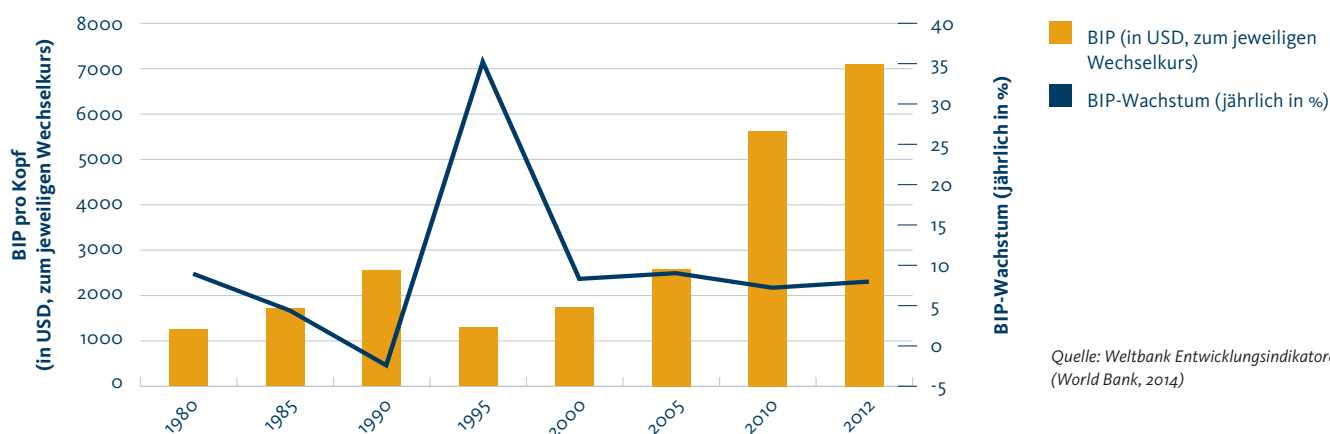
System²⁵ der OECD zurück gegriffen und hinsichtlich der Gesundheitsausgaben im letzten Haushaltsjahr 2011/12 das Ruandische *Health Resource Tracking Tool* (HRTT)²⁶ berücksichtigt. Weiterhin werden öffentlichen Ausgaben anhand der verfügbaren *National Health Accounts* analysiert.²⁷ Allerdings war die Verfügbarkeit von Daten das Haupthindernis für die Portfolioanalyse. Für die Evaluierung standen nur sehr begrenzt Informationen über Ruandas Staatshaushalt, andere Geberbeiträge und die verschiedenen EZ-Modalitäten über alle Sektoren und den ganzen Zeitraum hinweg zur Verfügung.

Über dieses Kapitel hinaus enthält Anhang H zusätzlichen Tabellen und Zahlen mit detaillierteren und umfassenderen Informationen. Da der Schwerpunkt der Evaluierung über die Projektebene hinausgeht, sind Informationen über die Auszahlungen einzelner Projekte nicht Teil der Portfolioanalyse. Relevante Informationen auf Projekt-Ebene sind in den entsprechenden Kapiteln zu Phase I – III (Kapitel B.1. – B.3) enthalten.

Staatsausgaben und die Rolle von Entwicklungszusammenarbeit

Auch wenn Ruanda heute immer noch zu den ärmsten Ländern der Welt gehört, so hat das Land seit den dramatischen Geschehnissen des Genozids und dessen verheerenden Auswirkungen auf die soziale und wirtschaftliche Entwicklung des Landes Mitte der 1990er doch bemerkenswerte Fortschritte gemacht. Während das BIP im Laufe des Krieges (1994) auf unter 800 Mio. USD sank, belief sich das Pro-Kopf-BIP 1995 auf nur 130 USD (nach gegenwärtigem Wert) (World Bank, 2014). Seitdem hat ein stetiges Wachstum von mehr als 5 % zu einem BIP von 6,4 Mrd. USD im Jahr 2011 geführt (Abbildung 6), das auf einen pro-Kopf-Wert heruntergerechnet 570 USD ausmacht (World Bank, 2014). Trotzdem bedeutet das, dass immer noch 80 % der 11 Mio. starken Bevölkerung sich unterhalb der Armutsgrenze von 2 Dollar pro Tag befinden (NISR, 2012).

Abbildung 6. Ruanda – BIP pro Kopf (in USD, zum jeweiligen Wechselkurs) und BIP-Wachstum (jährlich in %) 1980 – 2012



²⁵ Das Creditor Reporting System wird durch das Development Assistance Committee (DAC) der OECD unterhalten. Die Informationen in der Datenbank des Creditor Reporting Systems werden durch die Geberorganisationen übermittelt und durch die OECD verifiziert. Die Informationen werden jährlich publiziert. Die Daten erfassen die Zusagen (ab 1995) und Auszahlungen (ab 2002) von Official Development Assistance (ODA).

²⁶ Das Health Resource Tracking Tool wurde 2010 mit Unterstützung der Clinton Health Access Initiative und der US-Regierung zur Nachverfolgung der durch die Entwicklungspartner bereitgestellten Mittel für den Gesundheitssektor etabliert. Das Tool soll die Planungskapazitäten der öffentlichen Verwaltung unterstützen und Lücken in der Allokationseffizienz erkennen. Dadurch unterstützt das Tool das Management öffentlicher Finanzen, insbesondere auf dezentralisierter Ebene.

²⁷ National Health Accounts 2006 (GoR & MoH, 2008), 2003 (GoR & MoH, 2006b), 1998 (PHR, 2000).

Ruandas heutige Entwicklungsstrategie beruht auf Wirtschaftswachstum, Reformen, verringerter Abhängigkeit von Hilfsleistungen und breitenwirksame bzw. armutsmindernde Entwicklung. Das Land ist nun auf gutem Weg, die meisten dieser Ziele bis 2015 zu erreichen. Trotzdem bleibt es auf Platz fünf auf der Liste der von Hilfsleistungen abhängigsten Länder der Welt und verzeichnet ein hohes Armutsniveau verbunden mit wirtschaftlicher Ungleichheit in der Bevölkerung (Abbott & Rwirahira, 2012).

Der Staatshaushalt Ruandas stand 2011 bei 1,1 Billionen RWF (1,9 Mrd. USD) (MINECOFIN, 2012b). Die Regierung wies dem Gesundheitssektor im Jahr 2010 129,6 Mrd. RWF (218 Mio. USD), d. h. 11,5 % des Haushalts, zu. Dies war erheblich weniger als das in der Abuja-Erklärung²⁸ festgelegte Ziel, demzufolge mindestens 15 % des Staatshaushaltes dem Gesundheitssektor zuzuordnen sind (GoR & MoH, 2012). Der jüngste Haushaltsplan reduziert diesen Anteil weiter auf 9,5 % für das Haushaltsjahr 2013/2014 (Abbott & Malunda, 2013). Im Vergleich dazu belief sich der Staatshaushalt für Infrastruktur, Bildung und Landwirtschaft auf 22 %, bzw. 15 % und 6 % (OECD, 2013).

Insgesamt sind die Auszahlungen von *Official Development Assistance* (ODA) in Ruanda zwischen 2001 und 2011 regelmäßig gestiegen – von 335,9 Mio. USD auf 1,3 Mrd. USD (Tabelle 3) (OECD, 2013). Diese Entwicklung ging einher mit einer Verlagerung von humanitär-orientierter Zusammenarbeit in der Zeit nach dem Genozid zu einer entwicklungsorientierten Form der Zusammenarbeit. Zur Senkung der Transaktionskosten und Reduzierung der Fragmentierung wurden SWAp-Vereinbarungen in sieben Sektoren geschlossen. Die ODA-Auszahlungen erreichten 2006 einen Höhepunkt, als Ruanda Schuldenerlass eingeräumt wurde. Einen Großteil übernahmen die *International Development Association* der Weltbank (877,1 Mio. USD) und der Afrikanische Entwicklungsfonds (315,2 Mio. USD) (OECD, 2013). Die Abhängigkeit von ODA-Auszahlungen ging von 86 % im Jahr 2000 zurück auf ca. 40 % im Jahr 2011 (Abbott & Rwirahira, 2012; OECD, 2013). Diese Richtung soll im Einklang mit Vision 2020 und EDPRS 2 weiter verfolgt werden (Abbott & Malunda, 2013).

Tabelle 3. ODA-Auszahlungen im Gesundheitssektor Ruandas (in Mio. USD, zum jeweiligen Wechselkurs)

	DAC Code	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Gesundheit	120 & 130	32,99	36,16	85,2	99,51	141,9	166,06	245,56	258,32	305,79	322,26
%/Gesamt		9,8 %	11,4 %	17,4 %	16,3 %	7,4 %	24,3 %	27,8 %	28,1 %	29,8 %	25,3 %
Gesamt		335,87	318,12	488,76	611,63	1909,67	682,54	881,90	918,56	1024,6	1272,53

Quelle: Creditor Reporting System-Datenbank (OECD, 2013).

Anmerkung: Im Creditor Reporting System sind die Daten zu den Empfängersektoren in 5-stelligen Codes erfasst. Die ersten drei Stellen beziehen sich auf den entsprechenden DAC Sektor oder Kategorie. Code 120 bezieht sich auf Allgemeine Gesundheit (z. B. Gesundheitspolitik, medizinische Ausbildung und Forschung) und Basisgesundheitsversorgung (z. B. Gesundheitsinfrastruktur, Krankheitsbekämpfung, Ernährung und Basisgesundheitsversorgung). Code 130 beinhaltet Bevölkerungspolitik und reproduktive Gesundheit (z. B. reproduktive Gesundheitsfürsorge, Familienplanung, Bekämpfung von STI und HIV/AIDS).

In Ruanda macht programm- und projektbezogene Zusammenarbeit den größten Teil von ODA aus. Jedoch bevorzugt die ruandische EZ-Politik von 2006 Allgemeine Budgethilfe (*General Budget Support*; GBS), Sektorbudgethilfe (*Sector Budget Support*; SBS) und Korbfonds, um so die Anpassung an die Prioritäten der Regierung sicherzustellen und die Erbringungs- und Transaktionskosten niedrig zu halten (MINECOFIN, 2011b). Vor 2004 wurden bis zu 30 % der Leistungen an Ruanda durch Budgethilfe

erbracht und blieb auch bei durchschnittlich 10 – 20 % in den folgenden Jahren. Budgethilfe kam hauptsächlich von Gebern wie dem Vereinigten Königreich, der Weltbank, der Europäischen Union und Schweden. Seit Kurzem beteiligen sich auch weitere Geber wie Belgien, Frankreich, USA, Japan und Deutschland. In dem Zeitraum zwischen 2009 und 2012 war die deutsche EZ mit insgesamt 31 Mio. EUR an GBS und 13 Mio. EUR an SBS beteiligt. Der deutsche EZ-Beitrag zur SBS war ausschließlich für den

²⁸ Das 15 %-Ziel der Abuja-Erklärung wurde 2006 auch in den von 48 Ländern Afrikas, darunter Ruanda, vereinbarten Maputo-Aktionsplan aufgenommen.

Gesundheitssektor bestimmt. Korbfinanzierung in Höhe von 0,6 Mio. EUR wurde im Gesundheitssektor in Form des Korbfonds zur Kapazitätsentwicklung (*Capacity Development Pooled Fund*; CDPF) erbracht. Programm- und projektbezogene Unterstützung wird durch *Single Project Implementation Units* (SPIUs)²⁹ verwaltet (Versailles, 2012).

Gemäß den OECD-DAC Kategorien 120 (Gesundheit) und 130 (Bevölkerungspolitik/-Programme & reproduktive Gesundheit) erreichten die Auszahlungen für Gesundheit im Verhältnis zu den Gesamtauszahlungen im Jahr 2010 ihren Höhepunkt (29,8 %), womit Gesundheit in dem Jahr der größte, durch ausländische Geber unterstützte Sektor war (Tabelle 3). Der Zeitraum zwischen 2002 und 2011 erlebte eine erhebliche Steigerung der Auszahlungen in den Gesundheitssektor von 32,99 Mio. USD

im Jahr 2002 auf 322,26 Mio. USD im Jahr 2011 (zum jeweiligen Wechselkurs). Diese Ausweitung der Geberunterstützung für den Gesundheitssektor betraf weitgehend den Bereich Bevölkerungspolitik/-programme und reproduktive Gesundheit (220,8 Mio. USD im Jahr 2011), insbesondere für die Bekämpfung von STI und HIV/AIDS.

Die wichtigsten Geber in der Finanzierung der Bekämpfung von STI und HIV/AIDS waren der Globale Fonds³⁰ und die Vereinigten Staaten von Amerika (USA). Deutschland stellte ebenfalls zwischen 2008 und 2011 erhebliche Mittel bereit (Tabelle 4). Neben HIV/AIDS konzentrierte sich Deutschland durch GTZ/GIZ, DED/GIZ und KfW auf Themen der reproduktiven Gesundheit (DSW, 2010).

Tabelle 4. Bekämpfung von STI und HIV/AIDS in Ruanda (in Mio. USD, zum jeweiligen Wechselkurs)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Vereinigte Staaten	1,64	11,15	19,72	24,08	43,15	57,25	66,31	84,49	92,34	102,09
Globaler Fonds		2,11	10,50	15,64	12,87	31,48	47,26	31,35	103,37	101,26
Deutschland	0,40	0,87	0,99	1,45	0,68	0,79	2,47	11,31	3,00	3,45
Andere Geber	0,73	3,76	9,91	14,83	19,93	17,84	14,61	7,93	4,12	2,37
Alle	2,77	17,89	41,12	56,00	76,63	107,36	130,65	135,08	202,85	209,18

Quelle: Creditor Reporting System-Datenbank (OECD, 2013).

Anmerkung: Im Creditor Reporting System ist die Bekämpfung von STI unter Einbeziehung von HIV/AIDS unter Code 13040 verzeichnet, wobei die ersten drei Stellen sich auf DAC5 Kategorie 130 (Bevölkerungspolitik/-Programme und reproduktive Gesundheit) beziehen.

Portfolio-Entwicklung des ruandischen Gesundheitssektors

Zwischen 2000 und 2010 verfünffachten sich die Gesamtausgaben für Gesundheit von 73 Mio. USD auf 401 Mio. USD (GoR & MoH, 2012). Dies bedeutet 39 USD pro Kopf und Jahr (verglichen mit 34 USD im Jahr 2006), was im Vergleich zum internationalen Durchschnitt eher niedrig ist. Im Gegensatz zu Ruandas makroökonomischem Trend des letzten Jahrzehnts, weniger abhängig von EZ zu werden, stützen sich die Ausgaben für den Gesundheitssektor in großem Umfang auf externe Finanzierung, da 63 %

der gesamten Gesundheitsausgaben im Jahr 2010 – verglichen mit 33 % im Jahr 2002 – von Gebern finanziert wurden (GoR & MoH, 2012). Trotz unterschiedlicher Schätzungen seitens der Weltbank (2013) bezüglich der absoluten externen Ressourcen im ruandischen Gesundheitssektor, ist der relative Anteil der externen Mittel am ruandischen Gesundheitssektor im Vergleich zu anderen Ländern in Subsahara-Afrika als hoch einzuschätzen (Abbildung 7). Unter Einrechnung privater Finanzierungsquellen belaufen sich die externen Mittel im Jahr 2010 auf 336 Mio. USD

²⁹ Um Projekt-Implementierung nach den wegweisenden Prinzipien zu gestalten, wie in der Pariser Erklärung und dem Aktionsplan von Accra festgehalten, richtete die ruandische Regierung 2011 zur Koordinierung von programm- und projektbezogener Unterstützung Single Project Implementation Units (SPIU) in allen Ministerien und Durchführungsorganisationen ein.

³⁰ Weltweit stellte der Globale Fonds von 2001 bis 2011 insgesamt 22,9 Mrd. USD für ca. 1.000 Programme in 151 Ländern zur Verfügung; Deutschland hat mehr als 1,3 Mrd. EUR (ca. 1,6 Mrd. USD), somit ca. 7 % insgesamt, seit seiner Einrichtung zu dem Fonds beigetragen.

Abbildung 7. Externe Ressourcen für Gesundheit (% der Gesamtausgaben für Gesundheit)



oder 84 % (Tabelle 5). Der größte Teil dieser Mittel kam aus den neuen weltweiten Initiativen zur Bekämpfung von Krankheiten wie z. B. dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria, dem *Emergency Plan for Aids Relief* und der Malaria-Initiative des Präsidenten der Vereinigten Staaten von Amerika. Gleichzeitig ging der staatliche Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben von 25 % (2002) auf 16 % (2010) zurück.

Die deutsche EZ im Gesundheitssektor erreichte 2009 (12,0 Mio. USD) und 2010 (10,1 Mio. USD) ihren Höhepunkt, als die meisten Gelder in den Untersektor Bevölkerung und Reproduktive

Gesundheit flossen. Doch wurde seit 2002 der Großteil der deutschen bilateralen Zusammenarbeit in dem Untersektor der Allgemeinen Gesundheit ausgegeben (DAC 5 Code 120). Dies geschah im Kontrast zu anderen Gebern, die sich hauptsächlich auf den Untersektor Bevölkerung und Reproduktive Gesundheit konzentrierten (DAC 5 Code 130). Die Finanzierungsprioritäten unterstreichen auch die Konzentration der deutschen EZ auf weitgreifende Gesundheitssystemstärkung. Über die Jahre war die US-Regierung der größte Geber im Gesundheitssektor gewesen. Im Jahr 2011 wurden 126,9 Mio. USD ausbezahlt, was 39 % aller Gebermittel (322 Mio. USD) ausmacht (Tabelle 6).

Tabelle 5. Nationale Gesundheitsausgaben

	1998	2000	2002	2003	2006	2010
Gesamtausgaben der ruandischen Regierung (Mio. USD)	304,5	384,8	327,7	432,7	756,2	
Gesamtausgaben für Gesundheit (öffentlich, privat, Geber) (Mio. USD)	82,4	73,0	80,8	142,1	307,3	401,0
Gesundheitsausgaben der ruandischen Regierung als % der Gesamtausgaben der ruandischen Regierung	2,5	4,7	6,0	9,0	6,5	11,5
Verteilung der Finanzierungsquellen als % der Gesamtausgaben für Gesundheit						
Öffentlich (in %)	10	18	25	32	19	16
Privat (in %)	40	30	42	25	28	21
Geber (in %)	50	52	33	42	53	63

Quelle: Daten für 1998 – 2006 aus National Health Accounts 2006 (GoR & MoH, 2008); Daten für 2010 aus HSSP III (GoR & MoH, 2012). Anmerkung: Die Zahlen in dieser Tabelle gestatten keine Ermittlung der gesamten Ausgaben der ruandischen Regierung und sind nicht direkt vergleichbar mit den in Tabelle 6 vorgestellten Daten, da ihnen verschiedene Datenquellen und Definitionen zugrunde liegen. Alle USD-Beträge sind in konstanten USD 2006 angegeben.

Das Jahr 2010 war gekennzeichnet durch eine enorme Erhöhung der multilateralen EZ-Zahlungen, die in den Untersektor Bevölkerung und Reproduktive Gesundheit flossen, was vor allem auf eine Erhöhung der Mittel aus dem Globalen Fonds zurück geht

(vgl. Tabelle 4). Daher waren die in den Untersektor Bevölkerung und Reproduktive Gesundheit fließenden multilateralen Mittel ab 2010 höher als die aus den gleichen Quellen stammenden Auszahlungen in den Untersektor Allgemeine Gesundheit.

Tabelle 6. ODA-Gesundheitsauszahlungen in Ruanda (in Mio. USD, zum jeweiligen Wechselkurs)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Alle Geber	32,99	36,16	85,2	99,51	141,9	166,06	245,56	258,32	305,79	322,26
Bilateral (alle)	22,38	27,45	39,24	45	71,88	92,93	137,38	157,27	154,62	166,91
Deutschland	0,57	1,86	2,87	3,72	4,31	3,72	5,5	12,94	10,1	9,39
USA	9,51	15,43	23,85	27,81	49,03	68,67	93,59	113,42	113,06	126,93
Multilateral	10,61	8,71	45,96	54,51	70,02	73,14	108,18	101,05	151,17	155,36

Quelle: Creditor Reporting System-Datenbank (OECD, 2013).

Programm- und projektbezogene Zusammenarbeit bleibt die vorherrschende EZ-Modalität im Gesundheitssektor. Zwischen 2008 und 2012 wurden nur 61,6 Mio. USD im Rahmen von Sektorbudgethilfe ausgezahlt (Synergy International Systems, 2013). Im Jahr 2010 machte der Anteil von SBS im Verhältnis zur Gesamtsumme der Geberbeiträge 6,25 % (16 Mio. USD) aus. Drei Geber, Belgien, das Vereinigte Königreich Großbritannien und Deutschland, haben zwischen 2008 und 2012 zu der SBS beigetragen (Tabelle 7). Darüber hinaus stellten diese drei Geber auch gemeinsam

mit der Schweiz eine Korbfinanzierung in Gestalt eines Fonds für Kapazitätsentwicklung bereit (Dok. 53). Zwischen 2009 und 2012 wurden insgesamt 3,1 Mio. EUR an CDPF-Mitteln ausgezahlt.³¹ Im deutschen EZ-Beitrag zu CDPF bis Mitte 2011 waren 0,5 Mio. EUR von der GTZ/GIZ und 0,1 Mio. von der KfW enthalten. 1,3 Mio., 0,9 Mio. und 0,5 Mio. EUR waren jeweils bereitgestellt von DFID, Swiss Development Cooperation und Belgian Technical Cooperation (BTC) (Dok. 53).

³¹ Seit Januar 2012 werden die CDPF-Mittel von der SPIU verwaltet (Dok. 53).

Tabelle 7. SBS im Gesundheits-SWAp (in Mio. ausgezahlter USD)

	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Belgien	4,76	5,55	6,57		6,25	24,27
DFID	8,62	5,17	4,31	2,58		20,68
Deutschland		7,14	4,90	4,62		16,67
Gesamt	13,38	17,86	15,78	7,20	6,25	61,63

Quelle: Development Assistance Datenbank für Ruanda (Synergy International Systems, 2013).

Die Zwischenüberprüfung des Zweiten Strategischen Plans für den Gesundheitssektor Ruandas (HSSP II) im Jahr 2011 zeigte einen großen Anteil an extrabudgetären Mitteln,³² die eine große Herausforderung für die Harmonisierung zwischen den Gebern und Ausrichtung auf die ruandischen Prioritäten darstellten. Nur sehr wenige Geber nutzen die vorhandenen Gemeinschaftsfinanzierungsmechanismen wie SBS oder CDPF. Somit wird der hohe Anteil an außeretatmäßigen EZ-Leistungen als eines der größten Hindernisse für die strategische Allokation und Verwaltung von Ressourcen sowohl auf zentraler wie auch Distrikt-Ebene empfunden.

Ein vergleichender Blick auf die Zentral-Ebene und die Distrikt-Ebene zeigt, dass im Jahr 2010 74 % des Budgets auf nationaler Ebene ausgegeben wurde (GoR & MoH, 2011b). Jedoch spielte die bilaterale und multilaterale Zusammenarbeit eine signifikante Rolle auf Distrikt-Ebene. Die Auszahlungen der deutschen EZ konzentrierten sich auf die Distrikte Gicumbi, Gisagara, Huye, Musanze und Nyaruguru (vgl. Anhang H). In diesen Distrikten spielte der deutsche Beitrag eine signifikante Rolle im Verhältnis zu den gesamten bilateralen Auszahlungen, insbesondere in Musanze, wo der deutsche Anteil ungefähr ein Drittel der gesamten bilateralen Gesundheitsauszahlungen für das Krankenhaus in Ruhengeri ausmachte (HRTT, 2012).

Portfolio-Entwicklung der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit in der Gesundheit

Die deutsche bilaterale Zusammenarbeit mit Ruanda begann mit der Unabhängigkeit des Landes im Jahr 1962. Seither kamen verschiedene Arten der Zusammenarbeit Instrumente und Modalitäten in verschiedenen Sektoren zur Anwendung. Zwischen 1980 und 2012 belief sich die von Deutschland geleistete Unterstützung auf insgesamt 690,3 Mio. EUR (BMZ, 2012b).³³ In diesem Zeitraum betrugen die Leistungen für den Gesundheitssektor EUR 66,4 Mio. EUR, was ca. 10 % der Gesamtzusammenarbeit ausmacht. In den frühen 1980ern und Mitte der 1990er lagen die Prioritäten auf anderen Sektoren und Maßnahmen für Infrastruktur und Nothilfe, während Gesundheit finanziell gesehen weniger wichtig war (Abbildung 8). Jedoch gewann der Gesundheitssektor seit der Einführung von drei Schwerpunkten in der Zusammenarbeit mit Ruanda im Jahr 2003 an Bedeutung und die gesamte ODA nahm für Gesundheit, Justiz und *Good Governance*/Dezentralisierung erheblich zu. Im Rahmen des SWAp wurden 26,7 Mio. EUR für Gesundheit ausgegeben, darunter 16,4 Mio. EUR im Rahmen der finanziellen Zusammenarbeit, von denen 80 % im Rahmen von Modalitäten der Gemeinschaftsfinanzierung und 20 % durch Projektfinanzierung allokiert wurden, weiterhin 9,8 Mio. EUR für technische Zusammenarbeit, was Deutschland zu einem Geber mittlerer Größe im ruandischen Gesundheitssektor machte.

³² Staatliche Einnahmen aus Steuern, Darlehen, Zuschüssen, Spenden und Geber-Beiträgen durch staatliche Beschaffungssysteme wie GBS, SBS oder Gemeinschaftsfinanzierung werden als „budgetär“ (on budget) bezeichnet; projekt- und programmbezogene Leistungen „extrabudgetär“ (off budget).

³³ Das BMZ hat 2002 alle vorher in DM ausgewiesenen Mittel mit dem offiziellen Kurs 1,95583 (1 EUR = 1,95583 Deutsche Mark) umgerechnet.

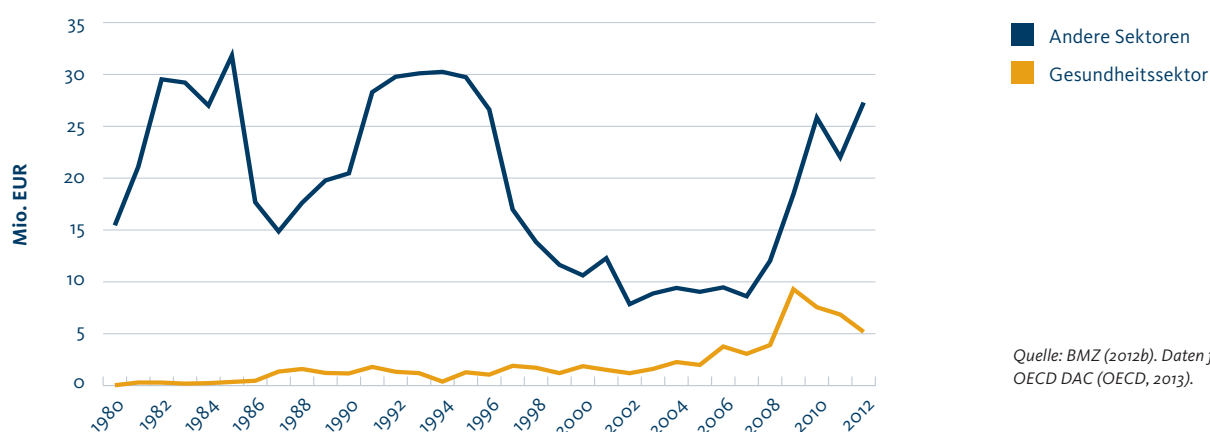
Abbildung 8. Deutsche bilaterale ODA in Ruanda: Gesamt und Gesundheitssektor (in Mio. EUR)

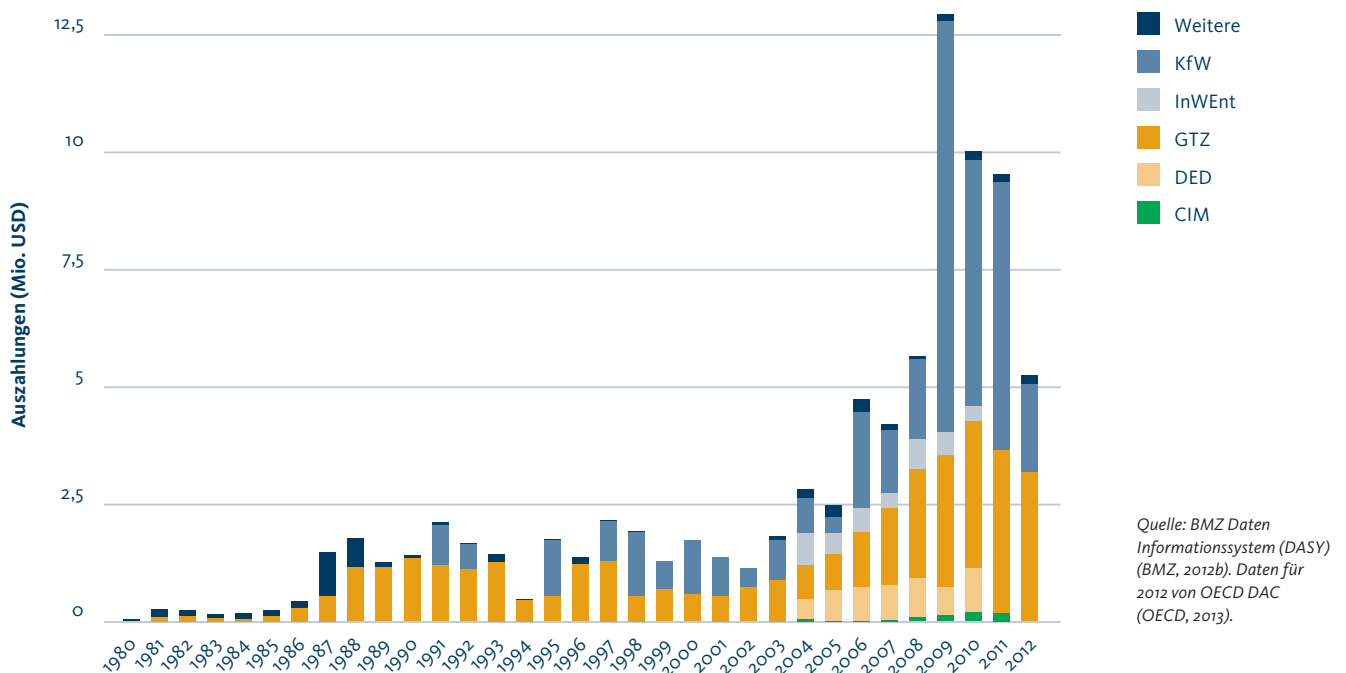
Abbildung 9 zeigt die deutschen ODA-Auszahlungen im Gesundheitssektor nach Durchführungsorganisation. In den 1980ern wurde die deutsche bilaterale Zusammenarbeit hauptsächlich durch die GTZ sowie die Evangelische und die Katholische Kirche geleistet. Insgesamt spielten die deutschen bilateralen Leistungen im Gesundheitssektor zwischen 1980 und 1986 nur eine untergeordnete Rolle im Verhältnis zu den folgenden Jahren, als die Zusammenarbeit im Gesundheitssektor verstärkt wurde. Zum damaligen Zeitpunkt wurden die meisten DED-Entsendungen durch das GTZ-Projekt für ländliche Gesundheit und Familienplanung finanziert. Somit ist für diesen Zeitraum keine direkte DED-Finanzierung verzeichnet. In den späten 1980ern erhöhten sich die Auszahlungen über die GTZ nach und nach. Gleichzeitig erreichten die Zahlungen durch die Evangelische und die Katholische Kirche ihren Höchststand. Die KfW nahm 1991 die finanzielle Zusammenarbeit mit dem ruandischen Gesundheitssektor auf. Seit 2004 werden InWEnt/GIZ-Mittel und DED/GIZ-Mittel separat verzeichnet und machen einen erheblichen Teil der deutschen technischen Zusammenarbeit aus. Das Jahr 2004 kennzeichnet auch den Zeitpunkt, in dem der Gesundheitssektor Schwerpunkt der bilateralen Zusammenarbeit zwischen Ruanda und Deutschland wurde. Seit den 1990ern wurden die

ODA-Auszahlungen – mit den höchsten Beiträgen zwischen 2008 und 2011 – auch teilweise über CIM geleistet. Die deutschen bilateralen Auszahlungen erreichten 2009 ihren Höhepunkt, als die deutsche EZ in die Sektorbudgethilfe einstieg. Die höchsten deutschen bilateralen Auszahlungen für den Gesundheitssektor erfolgten während des SWAp-Zeitraums, als sich die jährlichen Leistungen zwischen insgesamt 3,2 und 12,3 Mio. USD bewegten (BMZ, 2012b).

Zwischen 1980 und 2012 folgten technische und finanzielle Zusammenarbeit³⁴ mit nur wenigen Ausnahmen zwischen 2003 und 2006 ähnlichen Trends. Hinsichtlich des EZ-Umfangs waren die technische und die finanzielle Zusammenarbeit recht ähnlich. Eine Ausnahme stellt das Jahr 2009 dar, als die finanzielle Zusammenarbeit mit Zahlungen in der Höhe von 8,77 Mio. USD mit der Einführung der SBS ihren Höhepunkt erreichte. Die technische Zusammenarbeit erreichte mit 4,8 Mio. USD ihren Höhepunkt im Jahr 2010. Zwischen 1980 und 2012 beliefen sich die gesamten Leistungen auf 28,2 Mio. EUR (36,2 Mio. USD), während die Auszahlungen für technische Zusammenarbeit sich auf insgesamt 38,1 Mio. EUR (46,8 Mio. USD) beliefen (BMZ, 2012b).

³⁴ Finanzielle Zusammenarbeit beinhaltet die von der KfW implementierte bilaterale Unterstützung, während technische Zusammenarbeit diejenige bilaterale Unterstützung umfasst, die von allen anderen deutschen Durchführungsorganisationen – einschließlich der Kirchen und der NGOs – implementiert wird.

Abbildung 9. Auszahlungen über die Durchführungsorganisationen (1980 – 2012) (in Mio. USD, zum jeweiligen Wechselkurs)



Die Portfolio-Analyse zeigt deutlich, dass Ruanda über alle Sektoren hinweg und speziell im Gesundheitssektor dauerhaft auf externe Unterstützung angewiesen ist. Während die signifikantesten Geberbeiträge für vertikale Programme wie die Bekämpfung von STI und HIV/AIDS aufgewendet wurden, konzentrierte sich die bilaterale deutsche EZ auf Gesundheitssystemstärkung und zwar überwiegend im Rahmen der OECD-DAC

Kategorie Allgemeine Gesundheit (120). Der deutsche bilaterale Beitrag zur Gesundheit wurde 2003, als Gesundheit zum Schwerpunkt wurde, erheblich erhöht. Im Rahmen des SWAp wurden innovative EZ-Modalitäten wie z. B. SBS und Korbfinanzierung sowohl im Rahmen der finanziellen als auch der technischen Zusammenarbeit eingesetzt.



B.

DIE RUANDISCH- DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT IM GESUNDHEITSSEKTOR

Dieser Teil stellt die Evaluierungsergebnisse der einzelnen Phasen vor, wobei besondere Betonung auf Phase III (2004 – 2012) liegt. Hinsichtlich der Phasen I und II liegt der Schwerpunkt der Abschnitte B.1 und B.2 im Einklang mit den zentralen Evaluierungsfragen (vgl. Kapitel A.1.1) auf der Entwicklung der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit in dem jeweiligen Zeitraum. Die Abschnitte „Anpassung an veränderte Kontexte“ und „Erreichte Ergebnisse“ nehmen eine eher analytische Perspektive ein. Die Überprüfung der aus der Kontext-Analyse generierten Hypothesen (vgl. A.3.1) stellen eine Besonderheit für die Phasen I und II dar.

Hinsichtlich der Phase III sind die Abschnitte „Entwicklung der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit“ und „Anpassung an veränderte Kontexte“ im Vergleich zu den Phasen I und II absichtlich weniger umfassend. Dies ist bedingt durch eine andere Gliederung des Abschnitts „Erreichte Ergebnisse“, die der Struktur der drei Komponenten des gemeinsamen Gesundheitsprogramms folgt: (1) Gesundheitsfinanzierung, (2) sexuelle und reproduktive Gesundheit und (3) Personalentwicklung (Human Resource Development; HRD). Den jeweiligen Abschnitten (B.3.3.2 – 3.3.4) ist ein Abschnitt vorangestellt, der sich mit der übergreifenden Funktion des Sektor-weiten Ansatzes, der Sektorbudgethilfe und dem Korbfonds zur Kapazitätsentwicklung im Rahmen des gemeinsamen Gesundheitsprogramms beschäftigt.

1. Die ruandisch-deutsche Zusammenarbeit zwischen 1980 – 1994

Die ruandisch-deutsche Zusammenarbeit im Gesundheitssektor begann 1979 mit zwei DED-EntwicklungshelferInnen und wurde 1981 fortgesetzt mit einem DED-GTZ-Folgeprojekt zur „Verbesserung ländlicher Gesundheitsdienste“ (GIZ & KfW, 2012). Außerhalb des Projekts gab einen einzelnen CIM-Platz für einen Krankenhaustechniker. Im Jahr 1986 begann ein Projekt zur „Förderung der Familienplanung“ der GTZ in Zusammenarbeit mit dem *Office National de la Population* (ONAPO) (vgl. Kasten 8).

Die finanzielle Zusammenarbeit wurde 1991 mit der Unterstützung der oben erwähnten Zusammenarbeit zwischen GTZ und ONAPO durch das KfW „Sektorprogramm Familiengesundheit“ aufgenommen.

Der erste Abschnitt des Kapitels behandelt die Entwicklung der deutschen EZ-Maßnahmen nach zwei Schwerpunktthemen: Ländliche Gesundheit und Familienplanung. Ein zweiter Abschnitt behandelt den Einfluss von Kontextfaktoren und den Umgang der deutschen EZ damit und überprüft die in der Kontext-Analyse formulierten Hypothesen (Kapitel A.3.1.1). Der dritte und letzte Abschnitt untersucht die erreichten Ergebnisse der Projekte.

1.1

Die Entwicklung der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit

Ländliche Gesundheit

Aufgrund der großen Disparitäten zwischen der Bevölkerung auf dem Land und in den Städten Anfang der 1980er und der ungenügenden Bereitstellung von Diensten in ländlichen Gegenden stellte die ländliche Bevölkerung die Hauptzielgruppe der deutschen EZ dar. In das gemeinsame DED-GTZ Projekt „Verbesserung ländlicher Gesundheitsdienste“ waren bis 1994 18 EntwicklungshelferInnen in das öffentliche Gesundheitssystem Ruandas eingebunden. Die Maßnahmen konzentrierten sich die Versorgungsebene der Gesundheitszentren und Krankenhäuser in den *Préfectures* Cyangugu, Kibuye, Kabaya und Byumba. Die gemeinsame Projektträgerschaft von DED und GTZ war das Ergebnis aus Erfahrungen in anderen Ländern (INT EXP 7): Zur Verbesserung der Effektivität verfügten die EntwicklungshelferInnen über von der GTZ bereitgestellte finanzielle Mittel. Die GTZ stellte jedoch keine MitarbeiterInnen und steuerte keine konzeptuellen Beiträge bei (INT InD DW 19, 37). Das Projekt arbeitete überwiegend mit öffentlichen und nur gelegentlich mit privaten, insbesondere katholischen, Gesundheitseinrichtungen zusammen. Private Gesundheitseinrichtungen verfügten damals in der Regel über bessere Finanzierungsquellen und waren daher besser ausgestattet (Diesfeld, Reitmaier, & Berg, 1987). Darüber hinaus leiteten die EntwicklungshelferInnen Trainingsmaßnahmen in

Krankenpflege- und Laborschulen. Zwischen 1980 und 1994 trug die deutsche EZ 256 EntwicklungshelferInnen-Jahre (Dok. 16) und ca. 3,6 Mio. EUR³⁵ zu dem Projekt bei.

Hauptziel des Projekts war die Verbesserung der kurativen und präventiven Maßnahmen, die Förderung der medizinischen Grundversorgung in ländlichen Gegenden wie auch das Training von Sanitätspersonal. Weitere Prioritäten bestanden darin, die Funktionalität der Gesundheitseinrichtungen durch bessere Ausstattung, höhere Aufnahmekapazitäten und Kapazitätsaufbau zu verbessern. Das Projekt sprach durch ein ernährungswissenschaftliches Element den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Landwirtschaft an und trug innovative Ansätze zu Ruandas nationaler Gesundheitsstrategie bei wie z.B. die Einbindung traditioneller Geburtshilfe durch Hebammen in das nationale Gesundheitssystem. Maßnahmen im Bereich der Mutter-Kind-Versorgung erfolgten in enger Zusammenarbeit mit anderen Organisationen wie z.B. dem MoH, dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) für Impfprogramme, dem ONAPO für Familienplanung und BUFMAR (vgl. Kasten 7) für medizinische Fortbildungen und Seminare (Dok. 13).³⁶

Kasten 7. Bureau des Formations Médicales Agréées du Rwanda (BUFMAR)

Das Bureau des Formations Médicales Agréées du Rwanda (BUFMAR) ist eine Dach-NGO aller christlichen Gesundheitseinrichtungen. Die Zusammenarbeit mit dem DED begann 1983 mit der „Abteilung für Gesundheitsausbildung und Herstellung von didaktischem Material“, die als finanziell unabhängig von der BUFMAR-Leitung galt. Ihre Zuständigkeit lag auf Familienplanung (Dok. 7) sowie der Produktion von Materialien für das ONAPO und das Gesundheitsministerium. Unter Koordination von BUFMAR wurde 1994 ein neues Programm in Zusammenarbeit mit staatlichen Programmen erstellt, das auch ein integriertes Familienplanungskonzept enthielt (darunter Förderung des Gebrauchs von Kondomen) (Dok. 8). Nach dem Genozid geriet das BUFMAR durch eklatanten Personalmangel, die angespannte politische Situation und das Nichteintreten vorher zugesagter Unterstützung in eine Krise. Der DED nahm seine Hilfsleistungen 1995 wieder auf und entsandte 1995 und 1997 jeweils eine Kurzzeit-ExpertIn (Dok. 8).

Im Zusammenhang mit der Bewertung des Projekts berichten die befragten EntwicklungshelferInnen, dass „für ihre Arbeit keine Strategie im Sinne der Vorgaben des DED oder BMZ existierte“ (INT InD DW 37; vgl. auch INT EXP 7, INT InD DW 10, 12, 17, 33). Eine Projekt-Evaluierung berichtet: „Zu Beginn des Projekts gab es weder ein festes schriftliches Konzept noch waren quantifizierbare Projektziele gesetzt“ (Diesfeld et al., 1987; Dok. 18). Dieser Mangel an strategischer Orientierung wurde durch Wissen und Erfahrung sowie später durch vierteljährliche Planungstreffen zwischen EntwicklungshelferInnen, einheimischen Partnern und Delegierten des Gesundheitsministeriums ausgeglichen (Diesfeld et al., 1987; INT InD DW 19, 25; Dok. 6). Ein Teilzeitkoordinator kümmerte sich um die Supervision der DED-MitarbeiterInnen des Projekts, hielt den Kontakt zum MoH aufrecht und fungierte als Verbindungsperson zwischen den DED EntwicklungshelferInnen und der GTZ (Dok. 6).

Neben den DED-ProjektmitarbeiterInnen entsandte CIM von 1991 bis 1993 einen KrankenhausTechniker in ein katholisches Krankenhaus in der *Präfektur* von Gisenyi. Ziel dabei war es, die technische Infrastruktur des Krankenhauses in Ordnung zu halten und damit dessen Funktionsfähigkeit sicherzustellen.

Familienplanung

Die zunehmende Bevölkerungsdichte und instabile wirtschaftliche Situation in Ruanda brachten Gefahren für die Nahrungsmittelversorgung. Daher wurde Familienplanung immer wichtiger und zu einem unverzichtbaren Teil der deutschen EZ im Gesundheitssektor und wurde auf die nationale Strategie von 1985 zur Sicherheit der Nahrungsmittelversorgung ausgerichtet. Familienplanung war nicht nur ein Teil des Projekts „Verbesserung ländlicher Gesundheitsdienste“, sondern auch der Hauptschwerpunkt des von der GTZ zwischen 1986 und 1994³⁷ in den Präfekturen von Gikongoro, Butare (seit 1989) und Cyangugu (seit 1991) mit dem staatlichen ONAPO als Durchführungspartner durchgeführten Projekts „Förderung von Familienplanung“. Die GTZ stellte Langzeit-ExpertInnen, kurzfristig Fachkräfte und die

³⁵ Eigene Berechnung auf der Grundlage des Dateninformationssystems des BMZ (BMZ, 2012b). Aus der DED-Projektdokumentation (Dok. 16) ergibt sich ein Betrag von ca. 3,1 Mio. EUR. Die Differenz erklärt sich durch Verwaltungs- und Festkosten.

³⁶ Ähnlich zu der Anonymisierung der Interviews (vgl. Kapitel A 2.3), zitiert DEval nicht publizierte Dokumente mit dem Pseudonym „Doc.“ plus einer fortlaufenden Zahl, wenn die vollständige Zitierung den Datenschutz des Autors/der Autoren verletzen würde.

³⁷ Das Projekt war bis 1996 geplant, jedoch wurden nach 1994 die Ressourcen auf ein anderes Projekt umgewidmet.

Mittel für den Bau von zwei ONAPO-Büros und Gesundheitszentren, Unterrichtsmaterial, Medien- und Bildungsprogramme (Dok. 42). Bis 1994 beliefen sich die für das Projekt aufgewendeten Mittel auf ca. 4,3 Mio. EUR (BMZ, 2012b).

Das Hauptziel des Projekts war es, die Nutzung von modernen Familienplanungsmethoden zu steigern. Ein besonderer Schwerpunkt lag dabei auf einer Erhöhung der Nachfrage für Familienplanungsdienste und auf der Qualitätsverbesserung dieser Dienste. Dabei konzentrierte man sich auf die Weiterbildung des Gesundheitspersonals, Sensibilisierung des Verwaltungspersonals auf Gemeinde- und Präfektur-Ebene, Sexualkunde in den Schulen, Hilfe bei der Beschaffung und Verteilung von empfängnisverhütenden Mitteln und bei der Schaffung eines verbesserten Zugangs zu Verhütungsmitteln (Dok. 31; Dok. 33).

Kasten 8. L'office national de la population (ONAPO)

Das *Office National de la Population* (ONAPO) wurde 1981 per Gesetz geschaffen (May, 1995). Seine Aufgaben umfassten Förderung von und Beratung zu Familienplanung mit dem Ziel, ein Gleichgewicht zwischen landwirtschaftlicher Erzeugung und demographischem Wachstum zu erreichen (Dok. 30). Da das ONAPO auf nationaler Ebene angesiedelt war, verfügte es über keine direkten Mechanismen für Maßnahmen auf Präfektur-Ebene. Das ONAPO wurde ursprünglich durch Geber finanziert (USAID, UNFPA, die Weltbank und andere) (Dok. 30). Die Weltbank beendete ihre Zusammenarbeit 1987 aufgrund von Unzulänglichkeiten in der Mittelverwendung (Dok. 1). Enge Beziehungen organisatorischer Art und auf Personal-Ebene zwischen dem ONAPO und der (früheren) Einheitspartei Habyarimanas führten zu Kritik daran, dass die Parteipolitik in den 1990ern auf das ONAPO und die Familienplanung ganz allgemein Einfluss nehme (INT EXP 7; Dok. 32). Der Abschlussbericht der GTZ erwähnt Bedenken dahingehend, dass ruandische ONAPO-Mittel für Krieg und militärische Verteidigung zweckentfremdet würden (Dok. 32). Mit dem Genozid im Jahr 1994 wurden die Familienplanungsmaßnahmen ausgesetzt und ONAPO wurde 2000 aufgelöst (Muhoza, Rutayisire, & Umubyeyi, 2013).

Die KfW brachte 1991 eine Neuerung in die deutschen EZ-Maßnahmen ein: Das Projekt „*Sector Program Family Health*“ der finanziellen Zusammenarbeit, das von der GTZ als Durchführungsorganisation in enger Zusammenarbeit mit dem oben erwähnten GTZ-ONAPO Projekt implementiert wurde. Ab 1994 bis zum Ende des landesweiten Projekts im Jahr 1997 ging die Trägerschaft auf MoH und Population Service International (PSI), einer in den USA ansässigen NGO, über. Während des

gesamten Zeitraums belief sich die finanzielle Leistungen auf ca. 1,99 Mio. EUR (davon 1,1 Mio. EUR bis 1994) (BMZ, 2012b). Das Programm adressierte hauptsächlich materiellen Bedarf wie Personalkosten, Büros, Fahrzeuge, Verhütungsmittel und Betriebskosten (Dok. 42). Die Hauptziele vor 1994 bestanden darin, die ONAPO-Dienste, die Verteilung von Verhütungsmitteln (wie von den ruandischen Partnern erbeten) ebenso wie die Gesundheitsfürsorge für Mütter in Zusammenarbeit mit den in das GTZ-DED-Projekt eingebundenen ruandischen Gesundheitseinrichtungen zu verbessern (Dok. 42). Technische und finanzielle Zusammenarbeit wie auch die Verbindung zu dem DED-Personal schufen dabei Synergien (Dok. 42).

1.2

Anpassung an veränderte Kontexte

Dieser Abschnitt bietet einen Überblick über die ruandisch-deutsche Zusammenarbeit im Rahmen der übergeordneten sozio-ökonomischen Bedingungen dieser Zeit und überprüft die in Kapitel A.3.1.1 vorgestellten Kontext-Hypothesen.

Die deutsche EZ während des sozio-ökonomischen Niedergangs

Der sozio-ökonomische Niedergang seit Mitte der 1980er hatte Auswirkungen sowohl auf den Gesundheitsstatus der ruandischen Bevölkerung als auch auf die Bereitstellung von Gesundheitsdiensten. Es gibt Berichte über schlechte Gesundheitsbedingungen für Teile der Bevölkerung (Dok. 18) aufgrund von mangelnder finanzieller Zugänglichkeit zu Gesundheitsdiensten (INT InD DW 10). Auf der anderen Seite wurden die Gehälter im Gesundheitssektor trotz eines Wertverlustes des ruandischen Franc von 60 % nicht angepasst (Dok. 6). Das führte dazu, dass das medizinische Personal aus dem öffentlichen in den Privatsektor überwechselte, verschlimmerte die ohnehin schon gravierende Personalknappheit (Dok. 6) und führte zu einem weiteren Verfall des staatlichen Gesundheitssystems. Präventive Maßnahmen wie z. B. Ernährungsberatung waren wegen des ernststen Nahrungsmittelmangels für die Zielgruppen nicht mehr praktikabel (Dok. 6; Dok. 18). Diese heftigen Auswirkungen durch die sich verschlechternden sozio-ökonomischen Bedingungen

warfen die Frage auf, ob die ruandisch-deutschen Maßnahmen im Gesundheitssektor so an den veränderten Kontext in Ruanda seit Mitte der 1980er angepasst worden seien, dass sie weiterhin ihren Zweck erfüllten und wirksam seien (Kontext-Hypothese 1: „Die ruandisch-deutschen Maßnahmen im Gesundheitssektor sind in angemessener Weise an den Verfall der sozio-ökonomischen Bedingungen in Ruanda ab Mitte der 1980er angepasst worden, um relevant und wirksam zu bleiben“).

Anpassungen der Dienste an die veränderten sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen werden nur in Einzelfällen erwähnt (Dok. 6): Beispiele aus Interviews umfassen die Zusammenlegung von Ernährungsberatung mit landwirtschaftlicher Beratung (INT InD DW 19) oder die Bereitstellung von Mahlzeiten für Kinder, um auf diese Weise Mütter für die Ernährungsberatung zu gewinnen (INT InD DW 10; Dok. 6). Als die Staatsregierung als Reaktion auf die Krise ihre Finanzierung des Gesundheitssektors zurückfuhr, gewann eine andere politische Ausrichtung an Bedeutung für die deutsche EZ. Die Regierung Ruandas hatte die Bamako-Initiative von 1987 seit 1990 mit dem Hauptziel eingeführt, die Kosten für essentielle Medikamente durch Zahlungen der PatientInnen auszugleichen. Im Zuge dieser Bestrebungen der Regierung war die Bevölkerung gezwungen, Kosten für Medikamente und Untersuchungen selbst zu tragen. Zusätzlich zu seinen Hauptzielen unterstützte das Projekt zur ländlichen Gesundheit daher Eigenfinanzierungs-Initiativen und die Einrichtung kommunaler Apotheken, welche die Versorgung der Landbevölkerung mit Medikamenten verbessern sollten (Dok. 15). Die deutsche EZ beteiligte sich auch an einer Arbeitsgruppe des Gesundheitsministeriums mit dem Ziel, die gesetzlichen Grundlagen hierfür zu schaffen (Dok. 18).

Das geographische Gebiet, auf dem die Bamako-Initiative umgesetzt wurde, war jedoch begrenzt auf 124 von 166 öffentlichen Gesundheitseinrichtungen (Habyambere & Wertheimer, 1993). Derselben Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist zu entnehmen, dass die Maßnahmen zur Kostendeckung nicht nur auf an der Bamako-Initiative teilnehmende Gesundheitseinrichtungen begrenzt waren, sondern dass einige nicht-teilnehmende, öffentliche Einrichtungen den PatientInnen ebenfalls Geld für

Medikamente abverlangten. Während die Studie zu dem Schluss kommt, dass die Kostenpolitik allgemein die Verfügbarkeit von Medikamenten verbesserte, erreichten nur die teilnehmenden Einrichtungen eine Preissenkung für Medikamente. Qualitativen Interviews ergaben, dass PatientInnen-Zahlungen für Gesundheitsdienste für benachteiligte Gruppen eine negative Auswirkung auf den Zugang zu Gesundheitsdiensten hatte (INT InD DW 17, 45). Angesichts der unklaren geographischen Verbreitung war es nicht möglich festzustellen, ob und wie diese negativen Einflüsse durch die Bamako-Initiative sich in der Rückschau unterscheiden von den Kosten, die andere Gesundheitseinrichtungen verlangten.

Es kann der Schluss gezogen werden, dass die Reaktion der deutschen EZ auf den sozio-ökonomischen Verfall begrenzt waren: Der Anstoß zu Richtungsänderungen ergab sich eher durch Eigeninitiative von EntwicklungshelferInnen an ihrem Arbeitsplatz als auf Vorgaben durch die deutschen EZ-Organisationen. Ob die entstehenden Probleme Reaktionen seitens der deutschen EZ in anderen Sektoren außerhalb der Gesundheit hervorriefen, ist nicht untersucht worden.

Politik der Ungleichheit?

Das Habyarimana-Regime räumte der Hutu-Mehrheit Privilegien ein und heizte so zweifellos den ethnischen Konflikt an (vgl. Prunier, 1995; Verwimp, 1999). Die diskriminierende Behandlung von Tutsi wurde auch von EntwicklungshelferInnen beobachtet: Sechs der 30 befragten Survey-TeilnehmerInnen nannten in einer offenen Frage ausdrücklich den ethnischen Konflikt als Faktor, die ihre Arbeit behinderte.

Bei Betrachtung der Belege für Kontext-Hypothese 2 („Die Gesundheitspolitik während des Habyarimana-Regimes hatte einen negativen Einfluss auf die ruandisch-deutschen Maßnahmen im Gesundheitssektor hinsichtlich des Schutzes von Minderheiten und der Nicht-Diskriminierung bei Gesundheitsdienstleistungen“) berichten die InterviewpartnerInnen nicht von einer unterschiedliche Behandlung von PatientInnen aufgrund von Ethnizität (INT InD DW 10, 17, 19, 37, 45, 46). Es gab jedoch Vorzugsbehandlung aufgrund der wirtschaftlichen Situation und

der politischen Zugehörigkeit von PatientInnen, was auf klientelistische Strukturen schließen lässt (INT InD DW 10, 37, 45). Diskriminierung aufgrund von Ethnizität könnte unter Umständen in den Beschäftigungszahlen im Gesundheitssektor zum Ausdruck kommen. Der Anteil von Tutsi am Personalbestand war auf 11 % festgelegt und Hinweise auf ähnliche Quoten existieren auch für das Bildungssystem, obwohl nicht alle Befragten die Umsetzung solcher Quoten innerhalb ihrer Partnerorganisation bestätigen. Ethnisch bedingte Spannungen unter dem medizinischen Personal wurden als Hindernisse in der täglichen Arbeit genannt (INT InD DW 10, 25). Auf Grundlage qualitativer Interviews kann festgestellt werden, dass die deutsche EZ ihre MitarbeiterInnen weder auf den Umgang mit dem ethnischen Konflikt vorbereitete noch Anweisungen gab, wie man sich in dem verschärfenden Konflikt verhalten solle.

Als Schlussfolgerung kann festgehalten werden, dass es Diskriminierung aufgrund ethnischer Zuordnung sowohl im Personalbereich als auch im täglichen Arbeitsleben gab. Die geführten Interviews geben jedoch keinen Hinweis auf offen praktizierte ethnische Diskriminierung im Umgang mit PatientInnen, sondern vielmehr auf diskriminierende Behandlung aufgrund der sozio-ökonomischen Situation der PatientInnen.

Mangel an politischem Rückhalt für Familienplanung?

Habyarimana verfolgte eine Politik der Glorifizierung des Bauerntums und glaubt an ein traditionelles Idealbild von Kinderreichtum. Gleichzeitig aber wurde der Bevölkerungsdruck in Ruanda ständig größer. In Bezug auf Kontext-Hypothese 3 („Ein Mangel an echtem politisch-inhaltlichem Rückhalt während des Habyarimana-Regimes minderte die Relevanz und die Ergebnisse der ruandisch-deutschen Maßnahmen im Bereich der Familienplanung“) und laut des Surveys betrachteten die meisten EntwicklungshelferInnen, die während Phase I in Ruanda gearbeitet hatten, die staatlichen Gesundheitsstrategien und die allgemeine politische Situation nicht als hinderlich für ihre Arbeit. Einige der Befragten betonten die ehrgeizigen Ziele der Regierung, insbesondere seitens des Präsidenten selbst, und das hohe Engagement für Familienplanung seitens der ONAPO-Führung (INT InD DW 10, 19, 25, 37; INT EXP 7). Andere berichten

jedoch von widerwilliger Implementierung (INT InD DW 17) und mangelnder Konzentration auf benachteiligte Gruppen sowie begrenzter Wirksamkeit von ONAPO-Maßnahmen (INT EXP 14). Weiterhin hoben die Survey-TeilnehmerInnen die ideologische Nähe des ONAPO zur Habyarimanas Einheitspartei *Mouvement Républicain National pour la Démocratie et le Développement* hervor und berichteten, dass das ONAPO als „auf Hutu zentriert“ betrachtet wurde (INT InD DW 46). Es ist von Politikern die Rede, die sich in einer den ethnischen Konflikt unterstützenden Weise zur Familienplanung äußerten, was die Arbeit zu Familienplanung schwierig machte (INT RP 6).

Die Aktivitäten der deutschen EZ im Bereich Familienplanung können nicht als im Gegensatz zu den allgemeinen Regierungsinteressen stehend gesehen werden, da das Regime die Arbeit in der Familienplanung zu unterstützen schien. Jedoch könnten die Ergebnisse dieser Bemühungen aufgrund der mit dem Thema verbundenen politischen Interessen begrenzt gewesen sein.

Die Entdeckung von HIV/AIDS

Die ersten Fälle von AIDS waren 1983 in Ruanda aufgetreten. Ab 1990 gewann HIV-Prävention zunehmend an Bedeutung. Angesichts enormer Prävalenzraten von 17,8 % in den Städten und 1,3 % in ländlichen Gegenden im Jahr 1986 (Rwandan HIV Seroprevalence Study Group, 1989)³⁸ zeigte sich die Reaktion auf HIV und AIDS auch im ruandisch-deutschen Gesundheitsprogramm. Seit 1992 arbeiteten DED und GTZ mit dem *Center for Aids Prevention Studies of the University of California* in San Francisco zusammen, das von dem *National Institute of Health* finanziert wurde (Dok. 17). Die Bekämpfung von HIV/AIDS wurde ebenfalls in die Zusammenarbeit mit dem ONAPO aufgenommen (Weis, 1992).

Die „Zeit der Unsicherheit“ zwischen 1990 und 1993

Die bereits instabilen politischen Umstände verschlimmerten sich, als die RPF im Oktober 1990 ihre Invasion begann, was dazu führte, dass alle EntwicklungshelferInnen des DED und MitarbeiterInnen der GTZ evakuiert wurden. Die meisten kehrten im Dezember desselben Jahres nach Ruanda zurück (Dok. 15). Nach dieser Evakuierungs-Episode blieben verschiedene Positionen an der nördlichen Grenze aufgrund des höheren Risikos in den

³⁸ Die Weltbank schätzt die HIV-Prävalenz im Jahr 1990 im Landesdurchschnitt auf 5,3 % (% der Bevölkerungs-Altersgruppen zwischen 15 und 49) (World Bank, 2014).

Präfekturen von Gisenyi, Ruhengeri und Byumba vorübergehend unbesetzt. Drei EntwicklungshelferInnen wurden zur Unterstützung in Flüchtlingslagern entsandt (Dok. 18). Die Zeit zwischen dem Beginn des Bürgerkriegs 1990 und dem Friedensprozess von Arusha wurde *Igihirahiro*, „die Zeit der Unsicherheit“ genannt (Prunier, 1995, S. 367). Die trügerische Hoffnung der internationalen Gemeinschaft, dass die Einführung des Mehrparteiensystems zur Lösung des Konflikts führen würde, wurde auch von den MitarbeiterInnen der deutschen EZ geteilt³⁹, obwohl es durchaus Stimmen sowohl in der deutschen EZ (INT EXP 12) als auch international (Commission Internationale, 1993) gab, die versuchten, auf die sich zuspitzende Situation hinzuweisen. Eine Reaktion auf den Konflikt erfolgte erst im April 1994, als der extensive Ausbruch von Gewalt zur Evakuierung des gesamten deutschen Projektpersonals führte und damit auch die Arbeit der nationalen Projekt-MitarbeiterInnen zum Stillstand brachte. Deutsches EZ-Personal kehrte erst nach dem Genozid im März 1995 nach Ruanda zurück (Dok. 10).

1.3

Erreichte Ergebnisse

Der folgende Abschnitt bewertet die deutschen EZ-Maßnahmen anhand der erreichten Ergebnisse und unter Berücksichtigung der größten Herausforderungen. Vor 1995 wurden keine detaillierten Indikatoren zur Messung der Fortschritte und zu den Wirkungen des gemeinsamen Projekts „Verbesserung ländlicher Gesundheitsdienste“ definiert. Die Projektfortschrittskontrollen in den Jahren 1987, 1990 und 1993 gingen daher nicht über eine Bewertung der Tätigkeiten und Beschreibung der wesentlichsten Ergebnisse hinaus: Für nicht von den Kriegshandlungen betroffene Gebiete werden Verbesserungen bei den Gesundheitsdiensten, insbesondere Mutter-Kind-Versorgung und Geburtshilfe wie auch eine verbesserte Medikamentenversorgung berichtet (Dok. 18). Doch kann festgehalten werden, dass die EntwicklungshelferInnen in dieser Phase hauptsächlich Lücken in der Besetzung der Stellen von MitarbeiterInnen im ländlichen Gesundheitssektor füllten. Da sie dadurch ihrer vorgesehenen Rolle als BeraterInnen nicht voll gerecht werden konnten, wurden

Ziele im Zusammenhang mit Präventiv- und Aufklärungsarbeit nicht erreicht (INT EXP 7; INT InD DW 37, 45; Diesfeld et al., 1987). Jedoch fingen sie Personalengpässe in der kurativen Arbeit auf (Diesfeld et al., 1987). TeilnehmerInnen des Surveys bestätigen diese Feststellung: Anfang der 1990er verlor Präventivarbeit immer mehr an Bedeutung. Das steht im Einklang mit dem erwähnten Trend zum wirtschaftlichen Niedergang, der in den achtziger Jahren begann und Druck auf die ruandischen Haushalte ausübte, deren Gesundheitssituation sich verschlechterte und kurative Maßnahmen dringender machte.

Interviewpartner berichten immer wieder von ständigem Wechsel bei dem ruandischen Personal als einem wesentlichen Negativfaktor insbesondere im Hinblick auf die Nachhaltigkeit ihrer Arbeit (INT InD DW 19, 25, 45, INT EXP 13; Diesfeld et al., 1987). Die Situation verschlimmerte sich aufgrund der zunehmenden Abwanderung von Personal in den Privatsektor weiter (INT InD 45, INT EXP 13; Dok. 6; Dok. 12; Diesfeld et al., 1987). Die Mehrzahl der Survey-TeilnehmerInnen aus der Phase I (22 von 30) geben jedoch in ihren Selbsteinschätzungen an, dass sie die jeweiligen Ziele für ihren Arbeitsplatz (eher) erreicht haben, während 20 % der Befragten zum Ausdruck bringen, dass sie ihre beabsichtigten Veränderungen eher nicht oder gar nicht erreichten.

Für Familienplanung kann aufgrund von Indikatoren wie dem Rückgang der nationalen Fertilitätsrate von 8,6 Kindern pro Frau im Jahr 1984 auf 6,2 im Jahr 1992 wie auch der zunehmenden Prävalenz moderner Verhütungsmittel von 3 – 4 % im Jahr 1988 auf 12,9 % im Jahr 1992 (May, 1995; May et al., 1990) davon ausgegangen werden, dass die Projekte ein Beitrag leisteten. Wenn man andere Quellen berücksichtigt, könnten diese bemerkenswerten Veränderungen jedoch zumindest teilweise auch durch höhere Schul-Anmeldezahlen und eine Erhöhung des Alters bei Eheschließung erklärt werden (Dok. 32; May, 1995). Darüber hinaus bestätigt der Projektabschlussbericht weitgehend abweichende Bewertungen der Programmergebnisse und -leistungen: Insbesondere die engen Beziehungen auf organisatorischer und Personal-Ebene zu der Einheitspartei Habyarimanas und die mangelnde Zusammenarbeit mit der Regional-Ebene

³⁹ Am 26. Oktober 1993 gibt ein Mitarbeiter der deutschen EZ in Ruanda bekannt: „Trotz der Vorkommnisse in Burundi gibt es momentan keine besonderen Probleme für unsere Zusammenarbeit in Ruanda“ (Dok. 11).

des Gesundheitssystems werden als Faktoren ins Feld geführt, die den Projekterfolg minderten (Dok. 6; Dok. 42). Obwohl die Bereitstellung von Basisgesundheitsversorgung besser geworden war, wurden immer noch vergleichsweise hohe Kindersterblichkeitsraten berichtet und wurden als Ausdruck des Wunsches aufgefasst, möglichst viele Kinder zu gebären, was die Arbeit zu Familienplanung unterminierte. Eine weitere Herausforderung für Familienplanung war die sich aus dem konservativen Katholizismus ergebende negative Konnotation von Familienplanung in der Bevölkerung. Die Kirche weigerte sich, die Arbeit zu Familienplanung (bezüglich moderner Verhütungsmittel) zu unterstützen. Da aber ca. 40 % der Gesundheitseinrichtungen kirchliche Einrichtungen waren (May et al., 1990), bewirkte dies, dass die Projektumgebung weniger empfänglich für Veränderungen war (Survey; Weis, 1987).

Unter Berücksichtigung der Auswirkungen des Krieges und des Genozids sind die Langzeitergebnisse des Programms äußerst begrenzt, was vor allem auf die Schäden der Infrastruktur und insbesondere die hohen Verluste von Gesundheitspersonal zurück zu führen ist. Die Ergebnisse des Surveys bestätigen das: Ungefähr 70 % der Befragten bewerten die positive Wirkung ihrer Arbeit als (eher) nicht über ihre Abreise hinaus dauerhaft.

Insgesamt sind Instrumente der technischen, finanziellen und personellen Zusammenarbeit zum Einsatz gekommen. Die Maßnahmen zwischen 1980 und 1994 konzentrierten sich nur auf die dezentrale und noch nicht die nationale Ebene. Auf der Grundlage der wenigen verfügbaren Dokumentation können die Projektziele und die Kombination verschiedener Instrumente im Rahmen der Maßnahmen in der deutschen EZ als komplementär bewertet werden und führten zu der Erreichung von Synergien. Die deutschen EZ-Maßnahmen der ersten Phase können aufgrund ihrer engen Ausrichtung auf die Prioritäten Ruandas und ihre Konzentration auf schwerwiegende Defizite im ruandischen Gesundheitssystem zu Beginn als relevant betrachtet werden. Jedoch hätten die Veränderungen der übergeordneten politischen und sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen eine Richtungsänderung in der Zusammenarbeit erfordert.

EntwicklungshelferInnen im Land wurde es anscheinend selbst überlassen, mit diesen Herausforderungen zurechtzukommen. Als sich diese Bedingungen verschärften, war die Effektivität stark beeinträchtigt. Die tragische Eskalation der sozio-ökonomischen Abwärtsspirale bis zum Genozid, der einen enormen Blutzoll forderte und Zerstörungen brachte, machte die Wirkung der Maßnahmen zunichte und war der Nachhaltigkeit der deutschen EZ abträglich.

2. Die ruandisch-deutsche Zusammenarbeit zwischen 1995 und 2003

Nach dem Genozid stand der ruandische Gesundheitssektor vor ernststen Herausforderungen, da ein Großteil der ÄrztInnen und des Pflegepersonals umgekommen oder aus dem Land geflohen war. Ebenso waren weite Teile der Gesundheits-Infrastruktur entweder zerstört oder beschädigt und die meisten Gesundheitsindikatoren waren rapide nach unten gegangen. In dieser verzweifelten Situation war das Land auf die von verschiedenen bilateralen und multilateralen Gebern wie auch internationalen NGOs bereitgestellte Nothilfe angewiesen (vgl. Kapitel A.3.1.2 zu weiteren Details). Die deutsche EZ schloss sich diesen Bemühungen an und unterstützte Wiederaufbau und Rehabilitation der Gesundheits-Infrastruktur in Kombination mit technischer Zusammenarbeit in Krankenhäusern und Gesundheitszentren, bei denen ein dramatischer Personalmangel herrschte. Dies bildete in den Jahren 1995/96 den Schwerpunkt und ging Hand in Hand mit der Konzentration der deutschen EZ auf Basisgesundheitsversorgung in zwei *Präfekturen*: Byumba und Butare.⁴⁰ Aufgrund der hohen HIV-Prävalenz nach dem Genozid konzentrierte sich die deutsche EZ auf HIV-Prävention, während Familienplanung – die während Phase I im Fokus stand – weniger wichtig wurde.⁴¹

⁴⁰ Die Projektbezeichnungen waren „Verbesserung ländlicher Gesundheit in der Präfektur Byumba“ bzw. „Verbesserung der Basisgesundheitsversorgung in der Präfektur Butare“.

⁴¹ „Sector Program Family Health“ (1995 – 96), „HIV-Prävention (Social Marketing) I+II“ (1997 – 2003).

2.1

Die Entwicklung der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit

Basisgesundheitsversorgung

In der *Präfektur* Byumba begann das gemeinsame DED-GTZ Projekt „Verbesserung ländlicher Gesundheitsdienste“ im März 1995.⁴² Die deutschen EZ-Organisationen hatten aus Phase I gelernt, dass die Konzentration auf eine Region ein vielversprechenderer Ansatz war als regional verstreute Aktivitäten und der Einsatz von EntwicklungshelferInnen zur Betreuung von teils isolierten Gesundheitszentren ohne angemessene Koordination. Auf der Grundlage dieser Erfahrungswerte stellte der DED in Phase II die Koordinierung seiner Arbeit im Gesundheitssektor sicher.⁴³ Das MoH hatte den Wunsch, die dezentralisierte Verwaltung des Gesundheitssystems und die Bereitstellung von Basisgesundheitsversorgung zu stärken (Dok. 16). Daher konzentrierte sich das Projekt mehr auf die Stärkung von Gesundheitsdienstleistungen auf Distrikt-Ebene während direkte Unterstützung von Gesundheitszentren durch EntwicklungshelferInnen zurückgefahren wurde.⁴⁴ Das Projekt unterstützte die gesamte damalige Bandbreite von Präventions- und Behandlungsleistungen. Jedoch war es in erster Linie dazu gedacht, der Bevölkerung vor Ort ein Minimalangebot an Gesundheitsdienstleistungen zu bieten.⁴⁵

Butare war die zweite Region mit Priorität für die deutsche EZ, in der ein GTZ Projekt – ähnlich wie bei dem Projekt in Byumba – der Bevölkerung vor Ort ein Minimalangebot an Prävention, Behandlung und Gesundheitsförderung offerierte.⁴⁶ Der Schwerpunkt war daher anders als bei dem in derselben Region in Phase I auf Familienplanung konzentrierten Projekt der GTZ sehr viel weiter ausgelegt.

In beiden Regionen bestand die Herausforderung in der Finanzierung des Gesundheitssystems, da nach dem Auslaufen der Nothilfe im Jahr 1996 Gesundheitsdienstleistungen nicht mehr kostenlos erbracht werden konnten. Die Einführung einer Zahlungspflicht für Gesundheitsdienstleistungen, einschließlich der Bezahlung von Medikamenten, verursachte einen beträchtlichen Rückgang in der Inanspruchnahme von Diensten (INT RP 1; GTZ, 2002; vgl. auch A.3.1.2). Eine Anpassung der Regeln für die Bezahlung der Dienste, z.B. Befreiung für pränatale Behandlungen, brachte keine Langzeitlösung in einer Situation, in der breite Schichten der lokalen Bevölkerung sich diese Zahlungen nicht leisten konnten. Dies führte zu der Idee, gemeindebasierte Krankenversicherungssysteme (*mutuelles*) einzuführen. Seit dem Jahr 1999 waren beide Regionen Pilotgebiete für ein CBHI-System, welches in Zusammenarbeit mit der deutschen EZ (INT RP 1, 5, 8; INT EXP 18) sowie mit der internationalen NGO *Partnership for Health Reform* entwickelt wurde.

Die niedrigen Gehälter des medizinischen Personals führten bei beiden Projekten zur Bereitstellung von Sonderzahlungen zur Motivation der *Counterparts* und anderer MitarbeiterInnen. Da diese Sonderzahlungen jedoch nicht an die Arbeitsleistung gekoppelt waren, wurden sie früher oder später als Teil des Gehalts empfunden und verloren damit ihre motivierende Wirkung. Dies führte zu der Idee der leistungsbezogenen Finanzierung (*Performance-Based Financing*; PBF), die in diesen beiden Regionen pilotiert wurde (INT RP 1, 5; INT EXP 18; Dok. 37).⁴⁷ Verzerrungen im Besoldungssystem machten die Einführung von PBF zu einer Herausforderung.⁴⁸

Der finanziellen Ressourcen für beide Projekte von 1994 bis 2003 bezifferten sich auf ca. 3,46 Mio. EUR.

⁴² Die Präfektur Byumba wurde aufgrund der sehr unterschiedlichen sozio-ökonomischen Situation der Menschen in der gesamten Präfektur und der massiven Flüchtlingsströme ausgewählt (Dok. 16).

⁴³ Der DED richtete 1996 die Position eines Gesundheitskoordinators ein. Zu koordinieren waren alle Entwicklungshelfer im Gesundheitssektor, aber auch die Zusammenarbeit mit der GTZ.

⁴⁴ Dies betraf z.B. die Gesundheitszentren in Kinjani und Cyangugu. Der letzte Arbeitsplatz in einem Gesundheitszentrum wurde 1999 gestrichen. Dies war nicht nur bedingt durch die Politik des DED, sondern entsprach den Wünschen der ruandischen Partner, insbesondere dem MoH.

⁴⁵ Anfangs wurden aide-infirmiers in Kurzlehrgängen (3 bis 4 Monate) ausgebildet, um die Funktionalität von Gesundheitszentren zu gewährleisten. Sie wurden schrittweise durch voll ausgebildete PflegerInnen ersetzt (INT EXP 18), deren Ausbildung direkt durch DED-EntwicklungshelferInnen an der Pflegeschule in Byumba unterstützt wurde.

⁴⁶ Während das Projekt in Byumba durch die GTZ finanziert, aber durch den DED-Landesdirektor geleitet wurde, wurde das Projekt in Butare durch einen einheimischen Experten mit Unterstützung des DED geleitet.

⁴⁷ Zum damaligen Zeitpunkt lautete die Bezeichnung *approche contractuelle* und noch nicht „PBF“. Dieses Konzept wurde in Zusammenarbeit mit der internationalen NGO HealthNET entwickelt.

⁴⁸ 1999 erhielt eine Pflegerin im Universitäts-Lehrkrankenhaus in Butare (CHUB) ein höheres Gehalt als eine Ärztin im Distriktkrankenhaus von Kabutare (INT RP 1).

HIV-Prävention und soziales Marketing

Während in Phase I Familienplanung eines der Hauptthemenangebote für die deutsche EZ war, sah die Situation 1995 ganz anders aus, da der Gedanke an Familienplanung in einer Zeit, in der viele Familien ihre Angehörigen durch den Genozid verloren hatten, verständlicherweise kein Thema war, auf das die Menschen ansprechbar waren. Gleichzeitig erforderte – bedingt durch die zunehmende HIV-Prävalenz – die HIV-Prävention besondere Aufmerksamkeit (Eriksson et al., 1996). Daher gestaltete die KfW 1997 in Zusammenarbeit mit dem MoH das Programm „HIV-Prävention (soziales Marketing)“. Das Vorgängerprogramm „Sektor Programm Familiengesundheit“ (KfW) war bereits in Phase I in Angriff genommen worden und wurde nun umgewidmet auf die HIV-Prävention in Zusammenarbeit mit den deutschen EZ-Maßnahmen in Butare und Byumba.

Das neue Programm legte in der ersten Phase (1995 – 1998) seinen Schwerpunkt auf die Eindämmung der HIV-Prävalenzraten und die Reduzierung der durch Sexualkontakt übertragenen Infektionen (*Sexually Transmitted Infections*; STI) sowie auf ungewollte Schwangerschaften in Hochrisikogruppen und weitete das Programm danach auf die gesamte Bevölkerung aus. HIV-Prävention ging – in Zusammenarbeit mit dem Privatsektor – einher mit dem sozialen Marketing von Kondomen. Dieses Programm wurde von PSI als durchführende Organisation auf nationaler Ebene umgesetzt. Es gab für die *Präfekturen* von Byumba und Butare eine intensive Zusammenarbeit zwischen den Projekten. Die finanziellen Leistungen der ersten und zweiten Projektphase beliefen sich auf jeweils 2,556 Mio. EUR und die Kosten der Phase III erreichten einen Betrag von 3,067 Mio. EUR.

InWEnt bot über die *Präfekturen* Butare und Byumba hinaus Kapazitätsaufbau für Personal in den Bereichen Familienplanung, HIV-Prävention und Sexualkunde an, um den Zugang zu Familienplanungs- und HIV-Präventionsdiensten zu verbessern (Dok. 52). Dazu gehörten internationale Trainingsprogramme in Deutschland zu verschiedenen Themen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit. InWEnt bot ebenfalls Fortbildungen für die Gesundheitsfachkräfte der Distrikte an. Die finanziellen

Leistungen beliefen sich zwischen 2000 und 2005 auf ungefähr 670.000 EUR (Dok. 51).

Im Jahr 2000 nahm die deutsche EZ die Zusammenarbeit in der medizinischen Ausbildung an dem Universitäts-Lehrkrankenhaus in Butare (*Centre Hospitalier Universitaire de Butare*; CHUB) auf. Die Zusammenarbeit des DED mit der medizinischen Fakultät bezog sich auf (1) praktisches Training der MedizinstudentInnen und AssistenzärztInnen, dabei auch Unterricht am Krankenbett, und (2) Beiträge zur klinischen Praxis und Pflege. Dies führte zu einer quantitativen und qualitativen Verbesserung der medizinischen Ausbildung der MedizinstudentInnen und niedergelassenen ÄrztInnen. Schwerpunkt waren hier die Bereiche und Abteilungen, die aufgebaut werden mussten, um ein Postgraduiertentraining bieten zu können: Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe und Kinderheilkunde. Im Jahr 2000 nahmen die ersten drei EntwicklungshelferInnen ihre Arbeit in Butare in Innerer Medizin, Kinderheilkunde und Gynäkologie auf.

Dem nach 2000 weltweit üblichen Trend in der deutschen EZ folgend intensivierten die Projekte in Byumba und Butare ihre Zusammenarbeit nach einer gemeinsamen Projektfortschrittskontrollbericht im Jahr 2002 (Dok. 36).⁴⁹ Während beide Projekte noch bis Ende 2003 getrennt geführt wurden, wurden sie in ein 2004 beginnendes, gemeinsames Programm integriert. Die Programmbildung beinhaltete auch eine stärkere Koordination der Projekte der technischen Zusammenarbeit (GTZ) und der finanziellen Zusammenarbeit (KfW). Die Programmbildung wurde dadurch erleichtert, dass es zwischen dem DED und der GTZ bereits im Zusammenhang mit dem Projekt in Byumba (INT EXP 18) und durch die Entsendung einer GTZ-Langzeit-ExpertIn, der die Arbeit der Projekte in Byumba und Butare koordinierte (INT EXP 16) zu einer engen Zusammenarbeit gekommen war.

2.2

Anpassung an veränderte Kontexte

Die Hypothese 4 der Kontext-Analyse („Die deutsche bilaterale Zusammenarbeit folgte im Gesundheitssektor mehr ihrer

⁴⁹ Diese „Programm-Bildung“ stand in engem Zusammenhang mit dem vom BMZ initiierten Prozess der Ausweisung von Schwerpunkten für die Durchführung von Maßnahmen in den Partnerländern. Damit wurde „Gesundheit“ in Ruanda 2002 zu einem Schwerpunkt (Dok. 36).

Agenda vor dem Genozid, als strategisch und programmatisch neuorientierte Zusammenarbeit zu leisten“) konnte nur teilweise verifiziert werden. Laut einigen InterviewpartnerInnen reagierte die deutsche EZ durch Zusammenarbeit bei der Rehabilitation und dem Wiederaufbau der Gesundheitseinrichtungen gut auf die Notsituation in den Jahren 1995/96 (INT RP 1, 8, 23; S DW 48). Auch reagierte sie mit der Zusammenarbeit in zwei Regionen auf die Prioritäten der nationalen Gesundheitspolitik. Auch die Konzentration auf HIV-Prävention statt auf Familienplanung weist auf eine Umorientierung der deutschen EZ hin. Aber trotz dieser Umorientierung – die hauptsächlich das „Sektor-Programm Familiengesundheit“ betraf – ging in den Projekten in Byumba und Butare trotz der rückläufigen Priorität für Familienplanung auf nationaler Ebene die Zusammenarbeit zu Familienplanungsdiensten weiter.⁵⁰ Die erreichten Erfolge waren daher eher moderat (Dok. 36). Dass die deutsche EZ sich weiterhin auf Regionen konzentrierte, die bereits in der Zeit vor dem Konflikt Priorität hatten, kann als Kontinuität gedeutet werden.

Man kann die Schlussfolgerung ziehen, dass, auch wenn in einigen Bereichen Kontinuität der deutschen EZ zu verzeichnen war, festzustellen ist, dass die Neuorientierung an den veränderten Kontext als wesentliches Merkmal der damaligen deutschen EZ zu sehen ist.

Hypothese 5 („Die deutsche Zusammenarbeit führte ihre Unterstützung in der Familienplanung nach dem Genozid ohne wesentliche Veränderungen weiter, statt sich an den veränderten Kontext anzupassen und so ihre Relevanz sicherzustellen“) konnte nicht verifiziert werden. Es gab eine klare Verschiebung der Prioritäten im „Sektor-Programm Familiengesundheit“, was zur Einstellung der Arbeit zu Familienplanung führte. Der Schwerpunkt wurde auf HIV-Prävention gelegt und es wurde in Zusammenarbeit mit den Projekten in Byumba und Butare zusätzliche Ausrüstung für die Gesundheitseinrichtungen auf Ebene der Distrikte und Gesundheitszentren bereitgestellt. Beide Projekte führten jedoch Familienplanungsdienste als Teilgebiet von reproduktiver Gesundheit weiter.⁵¹ Das kommt auch in der

Sichtweise von Gesundheitsfachkräften zum Ausdruck, die immer noch Bedarf für Familienplanung sahen, auch wenn dies nicht von der staatlichen Politik unterstützt wurde (INT RP 1). Beide Projekte arbeiteten weiter zusammen mit dem ONAPO, das bereits in Phase I Partnerorganisation der GTZ gewesen war. Jedoch hatte das ONAPO sein Mandat erweitert und konzentrierte sich – in Zusammenarbeit mit dem Bildungsministerium – mehr auf allgemeine Bildungsprogramme zu Familien und reproduktiven Gesundheit statt auf Familienplanung (INT RP 1). Es gibt hinreichende Belege dafür, dass die Bevölkerung nicht empfänglich für die Botschaft der Familienplanung war, insbesondere während der vier oder fünf Jahre nach dem Genozid (INT InD DW 12, 33; Dok. 35).

Dass beide Regionen (Byumba und Butare) Pilotgebiete für CBHI und PBF wurden, kann als positiver Hinweis auf die Anpassungsfähigkeit der deutschen EZ gesehen werden. Die in Zusammenarbeit mit *Partners for Health Reform* durchgeführten Pilotprojekte zu CBHI vermittelten wichtige Einblicke und Erfahrungen hinsichtlich der Entwicklung eines gemeindebasierten Versicherungssystems und dessen nationaler Ausweitung ab 2004 (INT RP 23; vgl. Kapitel B.2.1). Die Ergebnisse der Pilotprojekte zu PBF flossen ebenfalls ab 2002 in die Gestaltung eines weiter gefassten PBF Systems ein (Dok. 36; Dok. 39; Meessen, Musango, Kashala, & Lemlin, 2006).

Die deutsche EZ bewies ihre Anpassungsfähigkeit durch die Einrichtung einer innovativen Projektmanagementstruktur in dem Projekt in Butare im Jahr 1998 (INT RP 1; Dok. 35; Dok. 36). Das Projekt wurde ohne Expatriate-GTZ-Langzeitexperten mit dem medizinischen Leiter der Gesundheitsregion durchgeführt, der auch die Funktion des GTZ-Projektmanagers übernahm. Diese Konstellation wurde 2001 geändert und beide Funktionen (wieder) voneinander getrennt, da erkennbar wurde, dass die Kombination beider Funktionen zu hohe Anforderungen stellte. Doch statt eine GTZ-ExpertIn aus dem Ausland einzusetzen, übernahm ein ruandischer Gesundheitsexperte die Position des GTZ-Projektmanagers.⁵²

⁵⁰ Das Thema Familienplanung kam erst nach 2000 im Zusammenhang mit reproduktiver Gesundheit erneut zur Sprache (GoR 2000).

⁵¹ Die in der Präfektur Byumba 1997 durchgeführte Fortschrittskontrolle empfahl sogar eine stärkere Konzentration auf Familienplanung (Dok. 33).

⁵² Die 2002 durchgeführte Projektfortschrittskontrolle kommt zu einer ziemlich kritischen Beurteilung der Ergebnisse dieser innovativen Management-Struktur (Dok. 36).

Die sogenannte „Barmittelkrise“⁵³ der Jahre 1999/2000 hatte negative Auswirkungen auf die Anpassungsmöglichkeiten der GTZ an veränderte Kontexte. Sie betraf beide Projekte in Butare und Byumba und führte zu einer Umplanung der Projektarbeit aufgrund eingeschränkter Budgets. Dies schuf eine schwierige Situation aufgrund der von den Partnerorganisationen so empfundenen mangelnden Transparenz hinsichtlich der Gründe und Implikationen der „Barmittelkrise“ (INT EXP 18; Dok. 36).

2.3

Erreichte Ergebnisse

Die deutsche Unterstützung zur Basisgesundheitsversorgung trug wirksam zu einer beträchtlichen Verbesserung in der Bereitstellung von Gesundheitsdiensten in spezifischen ländlichen Gebieten bei (Dok. 36; INT RP 6, 37; INT EXP 18; Dok. 37). Dazu gehörte ein Mindestumfang an kurativen und präventiven Leistungen speziell durch die Gesundheitszentren.⁵⁴ Es gab jedoch keine Hinweise auf eine höhere Nutzung der Leistungen, da der ärmere Teil der EndnutzerInnen weiterhin Schwierigkeiten hatte, die geforderten finanziellen Beiträge zu leisten.⁵⁵ Erhebliche Verbesserungen wurden in der Schwangerschaftsfürsorge und bei Impfprogrammen erzielt, die zwei wichtige Pfeiler von Präventivdiensten darstellen. Durch Beiträge der deutschen EZ wurden Standards für die Bereitstellung von Dienstleistungen in Kombination mit regelmäßiger Supervision eingeführt und angewandt, was die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen verbesserte. Die deutsche EZ trug ebenfalls zur Stärkung der Rolle der Distriktbehörden bei der Entwicklung des Gesundheitssystems bei (INT RP 37; Dok. 36). Im Rahmen ihrer oben beschriebenen Arbeit sah sich die deutsche EZ laufend mit der Herausforderung einer hohen Personalfuktuation in den Krankenhäusern und einem gleichzeitigen Mangel an qualifiziertem Personal konfrontiert (INT InD DW 33; S DW 18; Dok. 36; Dok. 42).

Die deutsche Unterstützung bei der HIV-Prävention trug zu einer verbesserten Bereitstellung von Leistungen bei, insbesondere auf der Ebene der Gesundheitszentren. Zu den lokalen Innovationen, welche die deutsche EZ anstieß, gehört das Angebot freiwilliger Beratungen und Tests (*Voluntary Counseling and Testing*; VCT) wie auch der Einsatz von *Peer Educators* zur Sensibilisierung junger Erwachsener (Dok. 54). Die deutsche EZ trug zu einem verbesserten Zugang zu Kondomen bei⁵⁶, was mit Schulungen und Sensibilisierungsmaßnahmen für Verhaltensänderungen bei der sexuell aktiven Bevölkerung ganz allgemein und der jungen Erwachsenen insbesondere kombiniert wurde. Es gab durchaus Hinweise auf Verhaltensänderungen, aber keine stichhaltigen Belege dafür, dass die rückläufigen Geburtenzahlen in Zusammenhang mit der zunehmenden Nutzung von Kondomen stehen. Die Sichtweise örtlicher Führer und der katholischen Kirche, dass der Gebrauch von Kondomen Promiskuität verbreite, war eine Herausforderung für die Arbeit zu HIV-Prävention (Dok. 54). Weitere Schwierigkeiten ergaben sich aus der mangelnden Bereitschaft des MoH, die Preise für Kondome zu erhöhen und die Anzahl der kostenlos verteilten Kondome zu reduzieren (Dok. 54).

Die ruandischen Partner schätzten die Flexibilität der deutschen EZ bei den Maßnahmen wie auch ihre partizipative Vorgehensweise bei Projektplanungsprozessen (INT RP 1, 8, 37). Sie führten nicht nur die Bedeutung der technischen Zusammenarbeit (DED und GTZ) an, sondern betonten besonders die Unterstützung mit medizinischen Geräten und beim Ausbau der Infrastruktur.⁵⁷ Auch die deutsche EZ im Kapazitätsaufbau der MitarbeiterInnen im Gesundheitssektor wurde als sehr wertvoll empfunden.

Der Survey unter den EntwicklungshelferInnen⁵⁸ zeigte ein relativ kritisches Bild hinsichtlich des Qualifikationsniveaus der einheimischen MitarbeiterInnen in den Gesundheitseinrichtungen. Nahezu die Hälfte aller Befragten bewertete die Qualifikation

⁵³ Die sogenannte Barmittelkrise hatte Auswirkung auf die GTZ-unterstützten Programme und Projekte weltweit, ganz besonders in Subsahara-Afrika. Sie war bedingt durch unerwartete Kürzungen der vom deutschen Bundeshaushalt zu genehmigenden Verpflichtungsermächtigungen im Jahr 1999 (Dok. 34).

⁵⁴ Trotz der Unterstützung auf politischer Ebene wurden Familienplanungs-Dienste noch nicht in zufriedenstellendem Umfang angenommen und auch noch nicht von allen Gesundheitszentren angeboten (Dok. 37).

⁵⁵ Dies war darauf zurückzuführen, dass sich das Krankenversicherungssystem noch im Anfangsstadium befand und dass die Gesundheitszentren auf dem Land zum großen Teil auf Eigenfinanzierung angewiesen waren.

⁵⁶ Zwischen 1997 und 2003 wurden insgesamt 23 Mio. Kondome zur Verfügung gestellt (durch Verkauf und Vertrieb) (Dok. 54).

⁵⁷ Sie machten auch deutlich, dass man es bevorzugt hätte, wenn die deutsche EZ mehr zu diesem Bereich beigetragen hätte. Ein Teil der geplanten Unterstützung für Baumaßnahmen und Ausrüstung musste tatsächlich aufgrund der „Barmittelkrise“ storniert werden (Dok. 37).

⁵⁸ Am Survey nahmen sieben Entwicklungshelfer aus Phase II teil.

ihrer einheimischen KollegInnen als „eher schlecht“. Auch sahen sie ihren eigenen Beitrag zur Qualifikation ihrer einheimischen KollegInnen und zur Erreichung der ihnen für ihre Einsatzstellen gesetzten Ziele relativ kritisch. Während nahezu alle Befragten die von ihnen geleistete Arbeit für effektiv halten, bezweifeln mehr als die Hälfte der Befragten deren Nachhaltigkeit.

Daraus ergibt sich, dass trotz einer gewissen Kontinuität der deutschen EZ während Phase II ihre Umorientierung im Einklang mit dem veränderten Kontext als entscheidender Faktor zu sehen ist. Durch ihre Anpassung an nationale Prioritäten war die deutsche EZ stärker an HIV-Prävention und weniger an Familienplanung orientiert. Ihre Konzentration auf zwei Regionen und die Verfolgung eines umfassenden Basisgesundheitsansatzes entsprach sowohl den nationalen als auch deutschen Prioritäten. Obwohl in dem Kontext gewisse einschränkende Faktoren ins Spiel kamen, kann die deutsche EZ als effektiv bewertet werden. Da die Programmbildung Hand in Hand mit der Entwicklung der nationalen Gesundheitspolitik ging, waren die Bedingungen für die Nachhaltigkeit der erreichten Ergebnisse der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit im Gesundheitssektor bei dem Übergang von Phase II zu Phase III günstig.

3. Die ruandisch-deutsche Zusammenarbeit zwischen 2004 und 2012

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit zwischen 2004 und 2012 (Phase III). Bei dieser Phase sind die Abschnitte „Entwicklung der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit“ und „Anpassung an veränderte Kontexte“ im Vergleich zu Phase I und Phase II absichtlich weniger umfassend. Dies ist bedingt durch eine andere Gliederung des Abschnitts „Erreichte Ergebnisse“ (B.3.3). Dieser Abschnitt folgt der Struktur des gemeinsamen Gesundheitsprogramms mit seinen drei Komponenten: (1) Gesundheitsfinanzierung, (2) sexuelle und reproduktive Gesundheit und (3) Personalentwicklung. Den jeweiligen Abschnitten (B.3.3.2 – 3.3.4) ist ein Abschnitt

vorangestellt (B.3.3.1), der sich auf die übergreifende Funktion des Sektor-weiten Ansatzes, die Sektorbudgethilfe und den Korbfonds für Kapazitätsentwicklung im Rahmen des gemeinsamen Gesundheitsprogramms konzentriert.

Die Abschnitte B.3.3.1 – 3.3.4 stellen die Ergebnisse der Kontributionsanalyse (vgl. A.2.2) gemäß den OECD-DAC-Kriterien vor. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf eine ausführliche Darstellung der kausalen Zusammenhänge und Pfade der ToC verzichtet. Somit wird die Aufmerksamkeit auf die erreichten Ergebnisse des gemeinsamen Gesundheitsprogramms gemäß den folgenden OECD-DAC-Kriterien gelenkt: (1) Relevanz, (2) Effektivität, (3) Effizienz und (4) Nachhaltigkeit.

Das fünfte Kriterium (Impact) und die Kriterien Kohärenz, Komplementarität und Koordination, denen die deutsche EZ zusätzlich Bedeutung beimisst, werden in eigenständigen Abschnitten (B.3.4 und B.3.5) behandelt, da sich die Evaluierungsergebnisse zu diesen Kriterien durch die verschiedenen Komponenten des gemeinsamen Gesundheitsprogramms ziehen. Die folgenden Abschnitte (B.3.6 bis B.3.8) nehmen ebenfalls eine solche Perspektive ein. Diese beinhalten eine Bewertung der ToC des gemeinsamen Gesundheitsprogramms (B.3.6), die sich auch mit der Art und Weise, in der das Programm implementiert wurde, beschäftigt. Der folgende Abschnitt (B.3.7) wirft einen kritischen Blick auf die Ausstiegsstrategie des gemeinsamen Gesundheitsprogramms, während die letzte Sektion (B.3.8) eine kritische Bewertung darüber enthält, wie die erfolgreichen verschiedenen Modalitäten und Instrumente der Zusammenarbeit eingesetzt wurden.

3.1 Die Entwicklung der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit

Ab 2004 richtete sich die deutsche EZ allmählich auf Ruandas nationalen Prozess der Gesundheitssektor-Planung und -Durchführung im Rahmen eines Sektor-weiten Ansatzes (SWAp) aus. Angesichts der Reform des nationalen Gesundheitssektors in Ruanda wurde ein gemeinsamer Rahmen aller deutschen

Durchführungsorganisationen im Dezember 2004 geschaffen, um so die Arbeit aller deutschen EZ-Organisationen in einem Programm zusammenzuführen. Dieser gemeinsame Rahmen definierte den Zweck der Zusammenarbeit im Gesundheitssektor dahingehend, den Gesundheitsstatus der Bevölkerung zu verbessern mit dem letztendlichen Ziel, einen Beitrag zur sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung in Ruanda zu leisten. Es wurden drei Hauptziele bestimmt: (1) die Entwicklung des Gesundheitssystems in Richtung Armutsorientierung zu verbessern, (2) die Verbesserung aller Aspekte der reproduktiven Gesundheit mit einem Fokus auf Familienplanung und (3) die Förderung von Personalentwicklung. Diese wurden später die wichtigsten Bereiche und Komponenten des ruandisch-deutschen Gesundheitsprogramms.

Die Schaffung eines gemeinsamen Rahmens aller deutschen Durchführungsorganisationen im Gesundheitssektor war ein vom BMZ unternommener Schritt, um Reibungsverluste und Fragmentierung der deutschen EZ-Projekte und –Programme zu reduzieren.⁵⁹ Die Programme von DED und GTZ in den früheren *Präfekturen* von Byumba und Butare (vgl. Kapitel B.2.1) hatten bereits 2003 eine gemeinsame Leitung für beide Projekte eingeführt. Zum Vorantreiben der Integration und Harmonisierung der deutschen EZ-Maßnahmen gehörte auch die Durchführung des Programms „HIV-Prävention/soziales Marketing II“ der finanziellen Zusammenarbeit (KfW). Ab 2005 wurden alle früheren Projekte und Programme im Rahmen des sich abzeichnenden Sektor-weiten Ansatzes in ein gemeinsames Gesundheitsprogramm integriert.

Im Jahr 2007 unterbreiteten die deutschen Durchführungsorganisationen dem BMZ ihren ersten gemeinsamen Programmvorschlag. Darin definiert war ein allgemeines Ziel der Zusammenarbeit („*der Gesundheitsstatus der ruandischen Bevölkerung wird verbessert*“) und drei Komponentenziele. Die Indikatoren für das Programmziel und einige Indikatoren für die Ziele der Teilbereiche (vgl. Anhang E) wurden dem Rahmen der Ruandischen Strategie zur Wirtschaftsentwicklung und Armutsbekämpfung und dem ersten strategischen Plan für den Gesundheitssektor entnommen (HSSP I 2005 – 2009).

3.2

Anpassung an veränderte Kontexte

Die im vorigen Abschnitt vorgestellte Entwicklung der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit lässt erkennen, dass die deutsche EZ ihre Arbeit an die veränderten Kontexte angepasst hat. Die deutsche EZ integrierte ihre verschiedenen Projekte und Programme erfolgreich und bildete somit die Voraussetzung für die Ausrichtung ihrer Maßnahmen auf nationale Prioritäten im Gesundheitssektor, wie sie im HSSP definiert wurden. Diese nationalen Prioritäten sind das Ergebnis einer Reihe von Politikprozessen auf höchster Ebene seit dem Jahr 2000 (vgl. A.3.1.3).

Die deutsche EZ hat ebenfalls ihre Maßnahmen an die ruandische EZ-Politik (GoR & MoH, 2006a) angepasst. Dies führte dazu, dass Modalitäten der Gemeinschaftsfinanzierung kombiniert wurden (Sektorbudgethilfe (SBS) und Korbfinanzierung über den Korbfonds für Kapazitätsentwicklung (CDPF)) mit projektgebundener Unterstützung. Die deutsche EZ spielte sogar eine wesentliche Rolle in der Gestaltung des SWAp (vgl. Kapitel B.3.3.1).

Durch Nutzung ihres komparativen Vorteils, der langfristigen Erfahrung in der Erbringung von dezentralisierten Gesundheitsleistungen (vgl. Kapitel B.1.1 und B.2.1), konzentrierte sich die deutsche EZ bewusst auf Gesundheitssystemstärkung als Ergänzung zu vertikalen Programmen. Vertikale Programme, insbesondere von den Vereinigten Staaten von Amerika und dem GFATM finanzierte, waren im Rahmen von EZ-Leistungen für den Gesundheitssektor immer wichtiger geworden (vgl. Kapitel A.3.1.3 und A.3.2).

Die folgenden Abschnitte beschäftigen sich mit den verschiedenen, im Laufe von Phase III implementierten Komponenten des ruandisch-deutschen Gesundheitsprogramms und liefern mehr Belege dafür, wie die deutsche EZ ihre Maßnahmen an veränderte Kontexte anpasste.

⁵⁹ Da dies der BMZ-Politik für die deutsche EZ weltweit entsprach, gibt es keine Verweise auf etwaige Reibungsverluste und Fragmentierungen hinsichtlich der deutschen EZ in Ruanda.

3.3

Erreichte Ergebnisse

3.3.1 Sektor-weiter Ansatz (SWAp), Sektorbudgethilfe (SBS) und Korbfonds zur Kapazitätsentwicklung (CDPF)

Entwicklung des SWAP im Gesundheitssektor Ruandas

Mitte der 1990er entstanden SWAp als Reaktion auf den langsamen Entwicklungsfortschritt trotz großer finanzieller EZ-Aufwendungen in verschiedenen Ländern (vgl. Kasten 9). In Ruanda wurden SWAp 2012 in sieben Sektoren installiert. Darunter befanden sich für die Entwicklung wichtige Sektoren wie Landwirtschaft, Bildung und Gesundheit (MINECOFIN, 2012a). Im Gesundheitssektor boten die *National Health Policy* (GoR, 2005a) und die HSSPs I-III (GoR, 2005b; GoR & MoH, 2012, 2009) den übergreifenden politischen Rahmen für den SWAp. Das HSSP I (2005 – 2009) definierte die Kommunikations- und Koordinierungsstruktur des Gesundheitssektors durch die Einführung von einer Sektor-Clustergruppe, verschiedenen Technische Arbeitsgruppen (TWG) und Sub-Sektor-Arbeitsgruppen (GoR, 2005a).

Kasten 9. Sektor-weiter Ansatz (SWAp)

Als Reaktion auf die Kritik, dass traditionelle projektgebundene Unterstützung zu sehr durch den Geber bestimmt werde, leitete die internationale Gemeinschaft eine Reform ihrer Methoden der Erbringung von Unterstützung ein: es entstanden Sektor-weite Ansätze (SWAp). Im Rahmen eines SWAp tragen die Mittel der Entwicklungspartner direkt zur Entwicklung und Implementierung einer durch eine Regierungsbehörde für einen bestimmten Sektor definierten Politik bei. Die Schlüsselprinzipien eines SWAp lauten wie folgt: (1) Die Regierung des Partnerlandes bestimmt den Weg und übernimmt Eigenverantwortung (*ownership*) für das Programm und (2) die Entwicklungspartner arbeiten gemeinsam an dem Programm und stellen auch die gesamten oder einen größeren Teil der Mittel für den Sektor bereit. Es sollte im Idealfall so sein, dass im Rahmen des SWAp verschiedene EZ-Modalitäten zusammengeführt werden, darunter auch Gemeinschaftsfinanzierung. Für einen SWAp ist die Konsistenz der Planungen innerhalb des Sektors (SWAp-Prozesse) und Sektor-übergreifend (PRSP-Prozesse) wichtig (WHO, n.d.).

Nach einer Überprüfung der von den Partnern im Harmonisierungs- und Anpassungsprozess erreichten Fortschritte innerhalb des ruandischen Gesundheitssektors wurden zahlreiche Schritte zur Stärkung des SWAp unternommen, darunter die Reorganisation von TWG und Unterarbeitsgruppen, die Einrichtung

gemeinsamer Kontrollmechanismen und die Entwicklung von Koordinierungsmechanismen auf Distrikt-Ebene (Niechzial & Ruginga, 2006). Im Oktober 2006 fand die erste gemeinsame Fortschrittskontrolle des Gesundheitssektors (*Joint Health Sector Review*, JHSR) statt (IHP+, 2006). Im Jahr 2007 begründete ein *Memorandum of Understanding* zwischen der Regierung Ruandas und acht Entwicklungspartnern⁶⁰ den offiziellen Beginn des SWAp (GoR, 2007).

Auf der Grundlage einer Evaluierung des HSSP I wurde Ende 2008 der HSSP II (2009 – 2012) eingeführt. Im Jahr 2009 wurde die SWAp-Struktur neu organisiert: Die Arbeitsgruppe Gesundheitssektor (*Health Sector Working Group*, HSWG), ersetzte die vorherige Koordinationsgruppe Gesundheitssektor (*Health Sector Coordination Group*), und es ergaben sich Veränderungen in den TWG und Arbeitsgruppen. Mit Unterstützung der GTZ und anderer DP (UNICEF, DFID, USA) wurden ein SWAp-Handbuch und eine *Roadmap* entwickelt. Diese Dokumente, in denen die institutionellen Prozeduren für den SWAp erläutert sind, wurden im Zuge der JHSR angenommen (IHP+, 2006). Ab 2010 ist der SWAp durch die Einrichtung von Gesundheitskommissionen in jedem Distrikt im Rahmen des Gemeinsamen Aktions-Entwicklungsforums (*Joint Action Development Forum*, JADF) nach und nach auf Distrikt-Ebene erweitert worden. Nach einer Fortschrittskontrolle des HSSP II im Jahr 2011 wurde 2012 in einem Beratungsprozess unter Einbeziehung der wichtigsten Beteiligten aus dem Gesundheitssektor (MoH, DP, Distriktverwaltung, Berufs- und zivil-bürgerliche Verbände), ein erster Entwurf für den HSSP III erstellt (IHP+, 2011).

Die Gesundheitsarchitektur des SWAp setzt sich derzeit zusammen aus der HSWG als koordinierendes Gremium unter dem Vorsitz des Staatssekretärs des MoH und dem stellvertretendem Vorsitz einer DP-VertreterIn mit einer weiteren DP-VertreterIn als *Shadow Co-Chair*. Die HSWG besteht aus ca. 30 TWG und Unterarbeitsgruppen (GoR & MoH, 2012, S. 135), bei denen auch jeweils eine VertreterIn des MoH den Vorsitz und eine DP-VertreterIn den zweiten Vorsitz innehaben. Die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssektors wird regelmäßig jedes halbe Jahr durch die DP und ruandische Partner im Rahmen einer JHSR überprüft.

⁶⁰ Deutschland, Belgien, Schweiz, USA, Landesteam der Vereinten Nationen für Ruanda, Weltbank, Afrikanische Entwicklungsbank, Vereinigtes Königreich.

Größere DP im Gesundheitssektor, d.h. das Vereinigte Königreich von Großbritannien und Nordirland, Belgien, Deutschland, die Vereinigten Staaten von Amerika, die Schweiz und Luxemburg, arbeiteten durch die SWAp-Strukturen und -Mechanismen. Jedoch sind nur einige der DP, Belgien, Großbritannien und Deutschland, auch an den Modalitäten der Gemeinschaftsfinanzierung beteiligt (SBS und CDPF). Ausgangspunkt war eine gemeinsame Mission der deutschen EZ und Belgiens, Mechanismen der Gemeinschaftsfinanzierung für den Gesundheitssektor zu entwerfen, darunter SBS und CDPF. Das bereite den Boden für die Unterzeichnung mehrerer Finanzierungsabkommen für SBS in den folgenden Jahren zwischen dem ruandischen Ministerium für Finanzen und Wirtschaftsplanung (MINECOFIN) und verschiedenen DP.⁶¹ Seit 2007 wird die SBS von Großbritannien, Belgien und Deutschland jeweils mit 20,68 Mio., 24,27 Mio. bzw. 16,67 Mio. USD unterstützt (Synergy International Systems, 2013).

Die CDPF wurde seit 2007 finanziert durch Großbritannien (2 Mio. GBP), die Schweiz (1,8 Mio. CHF) und von deutscher Seite durch GTZ und KfW seit 2009 (0,6 Mio. EUR) sowie Belgien seit 2009 (0,5 Mio. EUR).

Laut den durch das MINECOFIN bereitgestellten Daten betrug zwischen 2008 und 2012 der Anteil der SBS am gesamten Gesundheitsbudget 8,4 % (einschließlich anderer Ministerien zusätzlich zum MoH) und 15,9 % des MoH-Haushalts. Die SBS als Teil der gesamten Gebermittel zeigt ein anderes Bild: Da 63 % des Gesundheitssektors immer noch durch externe Unterstützung finanziert werden (Stand bis 2010), fließen nur 6,25 % aller Gebermittel durch die SBS. Im Gesundheitssektor war die Vereinigten Staaten von Amerika der bei weitem größte Geber mit einem Anteil von 39 % an den durch extrabudgetäre Mittel bereitgestellt.⁶²

Tabelle 8. SWAp und Modalitäten der Gemeinschaftsfinanzierung: Inputs und Outputs

Wesentliche Aktivitäten und Beiträge der deutschen EZ	Wesentliche gemeinsam erreichte Outputs
SWAp-Entwicklung	
Unterstützung bei Konzeptualisierung und Gestaltung des SWAp Unterstützung bei der Erarbeitung und Fortschrittskontrolle von HSSP I (2005 – 2009) und HSSP II (2009 – 2012), und der Ausarbeitung von HSSP III Aktive Teilnahme und Begleitung von HSWG, TWG und JHSR Unterstützung bei der Entwicklung des SWAp in fünf Distrikten	Einrichtung der SWAp Strukturen, <i>Health Sector Coordination Group</i> bzw. HSWG, TWG und Monitoring- und Kontrollmechanismen SWAp <i>Memorandum of Understanding</i> SWAp-Handbuch und -Roadmap Entwicklung und Implementierung von HSSP I (2005 – 2009), HSSP II (2009 – 2012) und HSSP III Einrichtung der JADF Gesundheitskommissionen
SBS	
Gestaltung der SBS Auszahlung der SBS: Erste Tranche (6,0 Mio. EUR) 2009; zweite Tranche (3,6 Mio. EUR einschl. 0,1 Mio. EUR für CDPF) 2010; dritte Tranche 2011	Erhöhung des Budgets für den Gesundheitssektor und Implementierung von HSSP II (2009 – 2012)
CDPF	
Konzeptualisierung und Gestaltung des CDPF Auszahlung an CDPF: 2010 (0,6 Mio. EUR ⁶³) Unterstützung des externen Audits des CDPF (2011) Technische Unterstützung des CDPF-Managements (Steuerungskomitee, SWAp-Sekretariat, SPIU)	Einrichtung und Verstärkung der Koordinierungseinheiten auf zentraler Ebene (SWAp-Sekretariat) Ad-hoc Unterstützung der Kapazitätsentwicklungsmaßnahmen auf Distrikt-Ebene bis 2011 Revision von HSSP I und Entwicklung von HSSP II Implementierung von Teilen des strategischen HRH Plans (2011 – 2016) seit 2012

Quellen: Projekt- und Programmberichte der Durchführungsorganisationen an das BMZ; gemeinsame Planungsmatrix (Dok. 25) und Milestone-Dokumentation (Dok. 23) durch das deutsche Gesundheitsprogramm.

⁶¹ BTC und DFID 2007, deutsche EZ GTZ und KfW 2009 und BTC 2010.

⁶² Interessant ist, dass die USA 2012 SBS für den Agrarsektor bereitstellen wollte, was jedoch nicht zum Tragen kam, weil mehrere DP in der zweiten Hälfte 2012 GBS für die GoR aussetzten (Mitteilung seitens der deutschen Botschaft). Dies wirft ein anderes Licht auf das scheinbare Unvermögen der USA zu Zahlungen in die SBS aufgrund der Vorschriften des Budget and Accounting Acts.

⁶³ 0,5 Mio. EUR über die GTZ und 0,1 Mio. EUR über die KfW.

Die Entwicklung eines SWAp im ruandischen Gesundheitssektor wurde – wie von der GoR im Rahmen ihrer EZ-Politik verlangt – von mehreren DP gemeinsam unterstützt. Neben der Gemeinschaftsfinanzierung wurden auch die Gestaltung und Revisionsmissionen sowie die Finanzierung von Beratungsleistungen und Studien gemeinsam getragen. Daher wurden viele der von der deutschen EZ unterstützten Aktivitäten gemeinsam mit anderen DP durchgeführt, insbesondere – aber nicht ausschließlich – mit anderen DP, die sich bei SBS engagierten. In Tabelle 8 sind die wesentlichen Aktivitäten zusammengefasst, zu denen die deutsche EZ beträchtliche Leistungen in Form von finanziellen Mitteln, politischer Beratung und technischer Unterstützung beitrug.

Theory of Change

Die ruandisch-deutsche EZ operierte seit 2005 als Teil des Gesundheits-SWAp. Die intendierte Veränderung, die in der ToC des gemeinsamen Gesundheitsprogramms hinterlegt war, sollte durch die Unterstützung des SWAp und der SBS zu einer Verbesserung der Koordinierung und Kooperation zwischen der ruandischen Regierung und den externen DP führen (Outcome). Die Unterstützung des SWAp und der SBS soll ferner auch zu einer verbesserten Eigenverantwortung des MoH und zu verbesserten Kapazitäten für die öffentliche Finanzverwaltung führen (Outcome). Diese beiden Ergebnisse sollen gemeinsam mit einer qualitativen Verbesserung von Gesundheitsdienstleistungen dazu beitragen, dass das Gesundheitssystem besser auf die Bedürfnisse der Bevölkerung, insbesondere der Armen, eingehen kann. Eine qualitative Verbesserung von Gesundheitsdienstleistungen (Output) resultiert dabei aus der über den CDPF finanzierten Kapazitätsentwicklung im Gesundheitssektor. Schließlich wird der Gesundheitsstatus der Bevölkerung verbessert (Impact).

Relevanz

SBS und die Mechanismen der Gemeinschaftsfinanzierung im Kontext von SWAp sind als EZ-Modalitäten durch die Agenda zur Wirksamkeit der EZ stark aufgewertet worden. Angesichts der Pariser Erklärung zur Wirksamkeit der Entwicklungszusammenarbeit verabschiedete die ruandische Regierung 2006

diesbezüglich eine eigene EZ-Politik (GoR & MoH, 2006a). Sie zielt darauf ab, die Effektivität der externen Unterstützung für Ruanda zu verbessern und eine Grundlage für die Mobilisierung von weiterer Unterstützung zu bieten. Die von der Regierung Ruandas bevorzugte Modalität ist allgemeine, nicht zweckgebundene Budgethilfe sowie Sektorbudgethilfe. Alleinstehende Projekte sollten nur dann berücksichtigt werden, wenn sie budgetär (*on budget*) sind oder zumindest auf einen staatlichen Strategieplan ausgerichtet sind. Gebermittel sollten gepoolt statt durch Einzelprojekte bereitgestellt werden (GoR & MoH, 2012; INT SWAp 2; 2006a).

Die Landes-Strategie des BMZ für Ruanda (BMZ, 2009b) hebt die Bedeutung von GBS und SBS hervor und stellt sie in Zusammenhang mit den folgenden Zielsetzungen und Erwartungen: Unterstützung für Ruandas armutsorientierte Entwicklungspolitik durch Bereitstellung von Mitteln und fortlaufenden politischen Dialog, Harmonisierung von Geberverfahren durch Mechanismen der Gemeinschaftsfinanzierung und Reduzierung von Transaktionskosten (BMZ, 2009b, S. 11). In ähnlicher Weise unterstreicht die Schwerpunktstrategie des BMZ für die ruandisch-deutsche Zusammenarbeit im Gesundheitssektor, dass die deutsche EZ voll in den von HSSP I, HSSP II und den Gesundheits-SWAp angeführten nationalen Planungsprozess integriert ist und damit in Einklang mit der Pariser Erklärung steht (Dok. 19). Modalitäten der Gemeinschaftsfinanzierung werden als geeignete Instrumente gesehen, um im Kontext programmbasierter Ansätze Reformen im Gesundheitssektor zu fördern und Transaktionskosten zu senken.

Bis vor kurzem unterstützte das BMZ sowohl GBS als auch SBS für Ruanda noch intensiv (G INT GEN 2; INT SWAp 9). Angesichts der Anschuldigungen durch die Vereinten Nationen bezüglich der ruandischen Unterstützung für Milizen im Ost-Kongo hat das BMZ seine geplante GBS für 2012/2013 und 2013/2014 jedoch ausgesetzt (BMZ, 2012a, 2012b). Da GBS auch in Sektor-Ministerien fließt, hat dies auch Auswirkungen auf das Budget für den Gesundheitssektor. Da andere DP ebenfalls die GBS einstellten, ist der Mittelfluss beträchtlich zurückgegangen

mit unvermeidlichen Auswirkungen auf den zur Verfügung stehenden nationalen Haushalt (World Bank, 2013). Angesichts dieser Beschränkungen und in Anerkennung der erheblichen Bemühungen der GoR, zu den Friedensberatungen in der Region beizutragen, hat die Bundesregierung einen Teil der geplanten GBS für gemeinsame Programme in den Bereichen Berufsbildung (7 Mio. EUR) und Dezentralisierung (7 Mio. EUR) freigegeben.⁶⁴ Der Bereitstellungsmodus ist allerdings umgewandelt worden von GBS zu extrabudgetärer, projektgebundener Finanzierung. Die noch ausstehenden 7 Mio. EUR sind immer noch eingefroren (Sandner, 2013).

Die SBS sollte „das gesamte verfügbare Ressourcenpaket für die Armen im Gesundheitssektor“ erweitern und so die HSSP-Finanzierungslücke schließen [...] und zwar durch Konzentration auf solche Punkte im Gesundheitsbudget, die die Qualität von Gesundheitsdiensten für Arme und Benachteiligte adressierten (Dok. 48). Die Verbindung zu dem Komponentenziel („Das Gesundheitssystem geht besser auf die Bedürfnisse der Bevölkerung, insbesondere der Armen, ein“) ist evident. Die Relevanz der SBS ist ebenfalls evident, da deren Ziele im Einklang mit der EDPRS und dem HSSP stehen. SBS bereitzustellen entspricht ebenfalls der Agenda zur Wirksamkeit von EZ.

Kasten 10. Korbfonds zur Kapazitätsentwicklung (CDPF)

Der Korbfonds zur Kapazitätsentwicklung ist ein gemeinsam von ruandischem Gesundheitsministerium und Entwicklungspartnern (BTC, DFID, deutsche EZ und *Swiss Development Cooperation*) verwalteter Korbfonds. Das Hauptziel des CDPF bestand darin, eine effektive Koordinierung sicherzustellen und somit die Dopplung oder Überschneidung von Maßnahmen der Entwicklungspartner, zur Kapazitätsentwicklung im Gesundheitssektor Ruandas zu vermeiden. Das Poolen von Ressourcen für technische Unterstützung, darunter auch Kapazitätsentwicklung, kam als EZ-Modalität in Folge der Pariser Erklärung (2005) auf, um die gemeinsamen Bemühungen von Entwicklungspartnern und nationalen Regierungen in Partnerländern wirksamer zu gestalten.

Der CPDF (vgl. Kasten 10) wurde zunächst als ein „Übergangsmechanismus zur kurzfristigen Unterstützung von Kapazitätsentwicklung“ angesehen, „um den Gesundheits-SWAp zu operationalisieren“ (Dok. 48). Der Hauptbeweggrund war der schnelle

Kapazitätsaufbau in Gesundheitsplanung und -management, um zu vermeiden, dass Investitionen in den Gesundheitssektor keinen nachhaltigen Nutzen bringen könnten. Die Einrichtung des CDPF wurde auch als Ersatz für begleitende Maßnahmen für SBS (INT EXP 10) empfunden. Eine pragmatischere Begründung für den CDPF bestand darin, andere DP, die sich nicht an der SBS beteiligen konnten, dazu zu bringen, sich zumindest an einer Korbfinanzierung zu beteiligen (INT GEN 4).

Bis 2011 wurden die Aktivitäten des CPDF eher auf eine ad-hoc-Weise geführt statt auf der Grundlage einer Bewertung des Kapazitätsentwicklungsbedarfs oder einer kohärenten Strategie. Strategische Ziele wurden nach einem 2011 durchgeführten externen *Audit* entwickelt (Dok. 50).⁶⁵ In seinem derzeitigen Zuschnitt sieht sich der CDPF in der Aufgabe, die Zahl der ausgebildeten und gleichmäßig verteilten MitarbeiterInnen zu erhöhen und die Produktivität und Leistungen der Fachkräfte im Gesundheitswesen zu verbessern sowie auch die Kapazitäten zu erhöhen, Personalentwicklung für das Gesundheitswesen zu planen, zu entwickeln, zu regulieren und zu managen (Republic of Rwanda, MoH, & SPIU, 2012). Diese Ziele stehen im Einklang mit dem *Human Resources for Health Strategic Plan* (2011–2016).

Die Verbindung von Korbfinanzierung und technischer Zusammenarbeit wird von offizieller Stelle im MoH als wichtig für die effektive Implementierung nationaler Gesundheitsstrategien und Richtlinien gesehen (G INT GEN 3; INT SWAp 4). Diese Ansicht wird auch von einigen DP geteilt. Ihr Hauptargument ist, dass eine solche Mischung aus verschiedenen Ansätzen die deutsche EZ und andere DP in die Lage versetzt, Erfahrungen aus der Implementierung auf Distrikt-Ebene in den Dialog mit den ruandischen Partnern in den technischen Arbeitsgruppen auf nationaler Ebene einzubringen (INT GEN 4; INT SWAp 7).

Es kann festgestellt werden, dass die Unterstützung der deutschen EZ für den SWAp den Prioritäten der ruandischen und der Bundesregierung in großem Ausmaß entsprach. Das Gleiche gilt für die Unterstützung zu Modalitäten der Gemeinschaftsfinanzierung durch die deutsche EZ. Dass die Unterstützung

⁶⁴ Persönliche Mitteilung der BMZ Regional-Referentin.

⁶⁵ Während sich der Audit hauptsächlich auf Fragen des finanziellen Managements konzentrierte, diente er aber auch als Gelegenheit, die strategische Orientierung des CDPF zu überdenken.

der deutschen EZ in Form von technischer Zusammenarbeit geboten wurde, entspricht in höherem Maße den Prioritäten der Bundesregierung, da die ruandische Regierung eindeutig Budgethilfe und Modelle der Korbfinanzierung bevorzugt. Die von der deutschen EZ unterstützten EZ-Modalitäten waren zur Erreichung der gemeinsam mit den ruandischen Partnern festgelegten Ziele geeignet.

Effektivität

Im Kontext des SWAp verfolgte die deutsche EZ einen Mehrebenen-Ansatz. Koordinierung und Politik-Beratung wurden durch die Beteiligung der Gesundheitsschwerpunkt-KoordinatorIn an der HSWG wie auch durch die KfW und VertreterInnen der deutschen Botschaft an der *Budget Support Harmonisation Group* (BSHG) und den *Joint Budget Support Reviews* (JBSR) sichergestellt. Von der GIZ entsandte ExpertInnen beteiligten sich ebenfalls am Vorsitz und nahmen an verschiedenen TWG teil und unterstützten die Entwicklung nationaler Strategien und Richtlinien. Auf Distrikt-Ebene wurden für die Distrikt- und Krankenhausverwaltung wie auch für das medizinische Personal technische Unterstützung und Trainings angeboten. GTZ/GIZ unterstützte auch Pläne der Distrikt-Krankenhäuser und der Distriktverwaltung durch örtliche Zuschüsse.

Die folgenden Absätze informieren über den Grad der Erreichung des Komponentenziels („das Gesundheitssystem reagiert besser auf die Bedürfnisse der Bevölkerung, insbesondere der Armen“) anhand der gesetzten Indikatoren im Kontext der Unterstützung des SWAp (vgl. auch Anhang E).

„Die Strategie für wirtschaftliche Entwicklung und Armutsbekämpfung (EDPRS) enthält gesundheitsspezifische Strategien, die sich speziell auf den Zugang der Armen zu Gesundheitsdienstleistungen konzentrieren, und die Allokation von Ressourcen auf Distrikt-Ebene wird verbessert“ (Dok. 26). Die Ziele der EDPRS (2008 – 2012) und ihre sogenannten Flaggschiff-Programme konzentrieren sich auf armutsorientiertes Wachstum wie auch auf *Governance*. Gesundheitsziele sollten präventive Entwicklungsmaßnahmen zu präventiver Gesundheit maximieren und Kapazitäten für hochqualitative und zugängliche Gesundheitszentren für die gesamte

Bevölkerung aufbauen, um Mangelernährung, Säuglings- und Kindersterblichkeit, Fertilität wie auch übertragbare Krankheiten zu bekämpfen (GoR, 2007). In der EDPRS 2 (2013 – 2018) stehen diese Gesundheitsziele weniger im Vordergrund. Ihnen wird Raum gegeben unter der Rubrik „grundlegende Fragen“, wobei der Schwerpunkt auf einer Verbesserung der Qualität, Nachfrage nach und Zugang zur Krankenversicherung liegt. Besserer Zugang zu Dienstleistungen für die Armen wird lediglich in Verbindung mit einer Verbesserung der Krankenversicherung hervor gehoben (GoR & MoH, 2012). Die Fortschrittskontrolle des HSSP ergab, dass der Anteil des Budgets, das vom MoH der Distrikt-Ebene zugewiesen wurde, von 11 % im Jahr 2006 auf 40 % im Jahr 2011 stieg (IHP+, 2011).

„Die gemeinsame Finanzierung des Gesundheitssektors durch mindestens zwei bilaterale Entwicklungspartner wird fortgesetzt“ (Dok. 26). Im Zuge der unter Leitung der GoR angestoßenen Arbeitsteilung wurden die Leistungen der deutschen EZ – und damit auch in der Gemeinschaftsfinanzierung – stufenweise beendet. Nur Belgien hat bis 2020 weiterhin in Auszahlungen über SBS zugesagt, nachdem das Vereinigte Königreich ebenfalls aus seiner Unterstützung für den Gesundheitssektor aussteigen wird (DFID, 2013). Allerdings besteht noch eine gewisse Unsicherheit hinsichtlich der Zusagen Belgiens.⁶⁶ Belgien wird den CDPF wahrscheinlich – gemeinsam mit der Schweiz – weiterhin finanzieren, jedoch sind die Modalitäten für eine Neuauflage der Zuschüsse noch nicht abschließend verhandelt. Bemühungen, Korbfinanzierung für weitere größere DP attraktiv zu machen, sind bisher nicht erfolgreich gewesen.

„Die Management-Kapazitäten des Gesundheitsministeriums im Bereich der Gesundheitsfinanzierung wird dadurch gestärkt, dass mindestens 90 % aller Akteure im Gesundheitssektor (2010: 80 %) umfangreichere Daten hinsichtlich der Beträge und der Verwendung der Gelder in das Health Resource Tracking Tool (HRTT) eingeben, und dadurch, dass diese Datenbank für die Jahresplanung 2012/13 genutzt wird“ (Dok. 26). Informationen über die Anzahl von Akteuren, die Daten in das HRTT eingeben, stehen zur Verfügung, lassen aber keine Rückschlüsse zur Überprüfung des Indikators zu. Es stellte sich als sehr viel schwieriger als erwartet

⁶⁶ Momentan beziehen sich Belgiens Zusagen für SBS nur auf dem Zeitraum 2011 – 2014 (INT SWAp 22).

heraus sicherzustellen, dass alle Akteure im Gesundheitssektor die erforderlichen Daten bereitstellten (HRTT, 2012).⁶⁷ Das HRTT stellte tatsächlich Daten für die Jahresplanung 2013/14 bereit. Es gibt Hinweise darauf, dass die Managementkapazitäten des MoH gestärkt wurden. Jedoch sind die entsprechenden Ergebnisse aus der Datenbank nicht eindeutig.

Der Sektor-weite Ansatz

Zwischen 2004 und 2012 entwickelte sich der SWAp von einem Konzept zu einer strukturierten Kooperation zwischen dem MoH und seinen Partnern. Anhand von Belegen lässt sich die Aussage stützen, dass der SWAp fest in den Kontext der ruandischen EZ-Architektur eingebettet ist (GoR & MoH, 2012, S. 94). Insgesamt sind die Strukturen und Mechanismen (HSWG, TWG, JHSR) funktional und folgen klaren und transparenten Verfahren. Die GoR spielt eine starke Rolle in der Koordinierung des Dialogs unter den DP (INT SWAp 9, 10).

Sowohl die ruandische als auch die deutsche Seite stellten fest, dass sie eine wesentliche Rolle in dem frühen Entwicklungsstadium des SWAp spielten (INT SWAp 16, 19). Offizielle VertreterInnen des MoH wie auch der DP betonten, dass die Unterstützung seitens der deutschen EZ ausschlaggebend dafür war, den SWAp Realität werden zu lassen, seine Strukturen und Verfahren zu etablieren und sich immer wieder für Harmonisierung und Anpassung einzusetzen (G INT GEN 4; G INT SWAp 1, 6, 7, 8, 13).

Doch geben die Interviews auch zu erkennen, dass immer noch eine gewisse Verwirrung über Mandat und Rolle einiger TWG und über die Koordinierungsrolle des SWAp-Sekretariats zu herrschen scheint (INT SWAp 6).⁶⁸ Weiterhin scheint die Qualität und Effektivität des SWAp sehr stark von der Stärke der jeweiligen TWG abzuhängen. Einige TWG kamen oft zusammen, andere sehr selten. Einige TWG-Vorsitzende hatten wohl wenig Einfluss oder Autorität im MoH, um Entscheidungen herbeizuführen.

Informelle Macht- und Kommunikationsstrukturen innerhalb des MoH spielen immer noch eine bedeutende Rolle, so dass sie manchmal an den TWG als Mechanismen vorbeigehen. In einigen Bereichen wie Personalentwicklung fanden Dialog, Strategiefindung und technische Zusammenarbeit hauptsächlich außerhalb der offiziellen SWAp-Struktur statt (G INT GEN; INT SWAp 6, 7, 13, 18; INT HRD 21).

Hinsichtlich der Dezentralisierung des SWAp waren offizielle VertreterInnen des MoH, MitarbeiterInnen der deutschen EZ und VertreterInnen der DP auf zentraler Ebene einhellig der Auffassung, dass die jeweiligen Strukturen, d. h. die Distrikt-Gesundheitsmanagement-Teams (*District Health Management Teams*)⁶⁹ auf Distrikt-Ebene geschaffen waren, sie aber in vielen Distrikten noch nicht ihrer Rolle und Verantwortung auf proaktive und engagierte Weise gerecht wurden (G INT GEN 4; INT SWAp 3, 5). Das JADF und seine Unterkommission für Gesundheit scheinen relativ gut zu funktionieren, wenn sie entweder von einer aktiven lokalen Führungsperson (Bürgermeister oder stellvertretender Bürgermeister) oder einem in dem Distrikt tätigen DP unterstützt werden (INT SWAp 6, 7). In den von der deutschen EZ unterstützten Distrikten wurde das JADF hauptsächlich als Gelegenheit gesehen, mehr oder weniger regelmäßig Informationen zu gesundheitsbezogenen Aktivitäten im Distrikt auszutauschen, und weniger als ein Forum für strategische Planung und gemeinsames Ressourcenmanagement (G INT GEN 8, 10, 11).

Aus Fokus-Gruppen-Diskussionen und Interviews mit Gesundheitsdienstleistern lassen sich Hinweise auf positive Effekte der Dezentralisierung in Bezug auf verbesserte Koordination unter den verschiedenen mit der Entwicklung des Gesundheitssystems verbundenen Interessensgruppen belegen (Vergleichende Fallstudie). Doch sind die Distrikt-Gesundheitsmanagement-Teams noch nicht in der Lage, ihre Rolle effektiv auszufüllen, da sie erst

⁶⁷ Die Nutzung der Datenbank erfolgte auf freiwilliger und transparenter Basis (für alle Implementierungsaktivitäten). Daher wurden bestimmte Beträge zweimal oder mehrmals als ausgegeben verzeichnet und machten das Aufspüren doppelter Nennungen mühsam (INT SWAp 16).

⁶⁸ Noch 2012 machte die Development Partners Group die Leistungsstärkung der TWG zu einem wichtigen Thema, da einige der TWG-Mitglieder nicht den gemeinsam verabschiedeten Anforderungen entsprachen (vgl. Protokolle der Development Partners Group von 2012).

⁶⁹ Die Distrikt-Management-Teams wurden geschaffen, um die bestehenden Mechanismen und Initiativen für die bereits in einigen Distrikten vor 2012 eingeführte Koordinierung des Gesundheitssystems zu formalisieren. Die wichtigsten Funktionen des Distrikt-Management-Teams bestehen in Planung und Management, Supervision, Koordinierung, Aufsicht über Finanzen und Ressourcen, Regulierung und zunehmende Beteiligung der lokalen Gemeinden an der Bereitstellung und dem Management von Gesundheitsdienstleistungen. Die Besetzung dieses Gremiums ist wie folgt: der für soziale Angelegenheiten zuständige Vize-Bürgermeister (Vorsitz), Mitarbeiter der Distrikt-Gesundheitsstelle, der Direktor des Distrikt-Krankenhauses, der Direktor für Pharmazie, der Direktor der CBHI, eine VertreterIn der LeiterInnen von Gesundheitszentren und eine VertreterIn der Community Health Workers.

2012 in der Ausstiegsphase mit beratender Unterstützung durch die deutsche EZ ins Leben gerufen wurden. Auf Grundlage von Interviews in den fünf unterstützten Distrikten kann festgehalten werden, dass die Distrikt-Gesundheitsmanagement-Teams noch immer erhebliche Unterstützung und Anleitung benötigen, um ihre Aufgabe effektiv wahrnehmen zu können. Was die Schnittstelle zum JADF betrifft, so bedarf es noch weiterer Klärung hinsichtlich der jeweiligen Kompetenzen, Rollen und Verantwortungen wie auch der Anbindung und Berichtsmechanismen (INT SWAp 1, 4). Weiterhin scheinen informelle Kommunikationsmechanismen innerhalb des MoH gelegentlich immer noch die formalen SWAp-Mechanismen zu umgehen (INT SWAp 4).

Sektorbudgethilfe

Die SBS war zur Finanzierung von Prioritätsmaßnahmen im Gesundheitssektor zweckgebunden. Aus dem Verständnis der DP-Kerngruppe heraus würde dies eine Erhöhung der Allokation des Gesundheitsbudgets für Basisgesundheitsversorgung und die sekundäre Gesundheitsfürsorge bedeuten und gehörte daher zu den Prioritäten, an deren Erreichung die Auszahlungen gekoppelt wurden (INT EXP 6, 10). In diesem Zeitraum steigerte sich der Anteil der Distriktbudgets am gesamten Gesundheitshaushalt von 11 % (2006) auf 40 % (2011) (IHP+, 2011). Bei einem genaueren Blick auf die SBS-Beiträge der deutschen EZ muss man berücksichtigen, dass die erste und zweite Tranche (6,0 Mio. EUR und 3,6 Mio. EUR) nicht in das Gesundheitsbudget floss. Eine unerwartete und beträchtliche Verzögerung in der Nutzung dieser Mittel, wurde in einem Bericht des Rechnungshofes festgestellt (GoR & MoH, 2010a), auf den die deutsche EZ im November 2011 zugriff (INT EXP 6, 9, 10).⁷⁰ Auf Grundlage der JHSR im Oktober 2011 hatte die KfW die Überweisung der dritten Tranche ersucht. Nach bilateralen Gesprächen zwischen dem MINECOFIN, MoH und KfW wurde der deutschen EZ durch das MoH ein detaillierter Plan für die Nutzung der SBS-Mittel (alle drei Tranchen) unterbreitet. Die Mittel waren bestimmt für die Beschaffung von Material für Krankenhäuser auf Distrikt- und Provinz-Ebene und Gesundheitszentren (Dok. 28). Es gibt Belege dafür, dass diese

Liste tatsächlich Prioritätsmaßnahmen im Einklang mit HSSP II folgte (INT EXP 9, 10).

Budgethilfe soll den Gebern einen größeren Hebeleffekt auf Reformprozesse dadurch ermöglichen, dass der politische Dialog zwischen Gebern und Partnerländern auf eine strategischere Ebene gehoben wird (BMZ, 2008; de Kemp, Faust, & Leiderer, 2011). Auch wenn dieser Effekt nicht ausdrücklich in der ToC des Programms zum Ausdruck kommt, muss man davon ausgehen, dass er aus Sicht der DP eines der intendierten Ergebnisse darstellt. Aus den geführten Interviews gibt es Belege dafür, dass dieser Effekt tatsächlich wie intendiert erreicht wurde. InterviewpartnerInnen der deutschen EZ und der DP, die in die SBS in Ruanda eingebundene waren, gaben an, dass sie einen größeren Hebeleffekt durch ihren privilegierten Zugang zum MINECOFIN und durch einen gezielteren Dialog über die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssektors anlässlich der zweimal jährlich stattfindenden JHSR (G INT GEN 4; INT SWAp 12, 16).^{71,72} Wichtige Fragen in Zusammenhang mit der Transparenz von Budget-Allokation und Mittelabfluss, die Notwendigkeit, sich um Fragen der finanziellen Nachhaltigkeit bei Strategien der Gesundheitsfinanzierung zu kümmern und die Harmonisierung von Datensammlung und -analyse wurden zwischen 2006 und 2012 anlässlich mehrerer JHSR angesprochen.

Die meisten der interviewten offiziellen VertreterInnen des MoH bestätigten die Bedeutung von SBS und Korbfinanzierung (G INT GEN 3; INT SWAp 4). Es wurde ebenfalls betont, dass projektgebundene extrabudgetäre Finanzierung in Kombination mit technischer Unterstützung noch immer als notwendige komplementäre Modalität gesehen werden sollte.

Die InterviewpartnerInnen betonten, dass die Möglichkeiten, Hebeleffekte im politischen Dialog zu erzielen, dadurch begrenzt waren, dass die SBS tatsächlich einen relativ kleinen Teil der in den Gesundheitssektor fließenden Mittel ausmachte (6,25 % im Jahr 2010; INT EXP 19; vgl. auch Kapitel A.3.2). Dadurch war es

⁷⁰ Über die Tatsache hinaus, dass diese Mittel auf einem Sonderkonto des MINECOFIN „blockiert“ waren, gibt es keine weiteren Belege für die Gründe dieser Verzögerung.

⁷¹ Die Teilnahme der DP an der JHSR war nicht beschränkt auf DP, die SBS leisteten.

⁷² Die zu SBS und GBS beitragenden DP – wie Deutschland und das Vereinigte Königreich – hatten Zugang zu der Budget Support Harmonization Group und den Joint Budget Support Reviews. Es gibt Hinweise darauf, dass diese Situation große Möglichkeiten zu politischem Dialog boten (INT EXP 19). Dies wurde jedoch im Kontext dieser Evaluierung nicht weiter untersucht.

schwierig, die Erhöhung des ruandischen Beitrags zum Budget des Gesundheitssektors zu einem der Schlüsselthemen für den politischen Dialog zu machen. Auch wiesen die Interview-Partner darauf hin, dass der Hauptgeber, d. h. die Vereinigten Staaten von Amerika, nicht unter den für SBS-leistenden DP sind. Da die Vereinigten Staaten aber nahezu 40 % der in den Gesundheitssektor fließenden Hilfsleistungen bereitstellten, war die Hebelwirkung in Bezug auf den politischen Dialog sehr viel größer (INT EXP 6, 9, 10, 19).

Korbfonds zur Kapazitätsentwicklung

Unterschiedliche Auffassungen von den Zielen des CDPF unter den DP wie auch im MoH trugen, wie viele InterviewpartnerInnen betonten, zu dem Umstand bei, dass die zeitgerechte Implementierung des CDPF als Modalität der Gemeinschaftsfinanzierung herausfordernd war (INT SWAp 1, 5, 8, 13; INT GEN 4; INT EXP 10). Während einige DP eine flexible Finanzierungsmodalität zusätzlich zur SBS und dem projektgebundenen Modus bevorzugten, legten andere DP Gewicht auf eine klare Orientierung in Richtung Kapazitätsentwicklung. Dies war jedoch auch bedingt durch den langwierigen Prozess der Einigung auf ein gemeinsame Vorgehensweisen und auf Tendenzen der DP, die Führung des CDPF auf das Penibelste zu handhaben (Dok. 53).

Es gibt Belege für den Beitrag des CDPF zur Kapazitätsentwicklung in der ersten Phase. Der CDPF wurde zur Finanzierung der Evaluierung von HSSP I und die Entwicklung von HSSP II genutzt. Diese beiden staatlichen Pläne stellen ein wesentliches Element im SWAp und der Entwicklung eines einheitlichen Ansatzes zum strategischen Gesundheitsmanagement dar. Daher kann dies als ein indirekter, aber wichtiger Beitrag zur Kapazitätsentwicklung in dem Sektor gesehen werden. Da Aktivitäten zur Kapazitätsentwicklung mehr ad hoc und nicht innerhalb eines gemeinsamen strategischen Rahmens unterstützt wurden, kann man zu dem Schluss kommen, dass die Kapazitäten – z. B. der CBHI-ManagerInnen auf Distrikt-Ebene oder für spezifische Zielgruppen in den Distriktkrankenhäusern⁷³ – entwickelt und gestärkt wurden. Es gibt allerdings wenig Belege darüber, wie diese Kapazitäten genutzt wurden.

Nach der Neuorientierung im Jahr 2011 konzentrierte sich der CDPF auf langfristige Trainingsmaßnahmen für Gesundheitspersonal insbesondere im Zusammenhang mit sekundärer Gesundheitsversorgung. Entsprechend dem HRH-Strategieplan sieht der neue Arbeitsplan für die nächsten drei Jahre (2011 – 2014) neben anderen Entwicklungsmaßnahmen folgende Unterstützung vor: Trainings im Pflegebereich und für Hebammen sowie die Ausweitung dieses Programms, ein Programm für AssistenzärztInnen am *Kigali Health Institute*, ein Krankenhausmanagement-Programm und Trainings für Biomedizintechniker (Republic of Rwanda et al., 2012). Die Einführung dieser Programme begann erst im November 2011. Da Endergebnisse erst zu Dezember 2014 verfügbar sind, war eine Evaluierung der Effektivität dieser Trainingsprogramme noch nicht durchführbar.

Die Rolle des CDPF Modalität der Gemeinschaftsfinanzierung erlebte 2012 eine gewisse Schwächung mit dem Start einer umfangreichen, USA-finanzierten Initiative zur Unterstützung der HRH-Entwicklung in Ruanda, was der Koordinierung zwischen VertreterInnen der USA und der deutschen EZ wie auch im Steuerungskomitee des CDPF hinsichtlich des bedurfte (Dok. 53). Doch war es nicht möglich, die Mittel der USA und der anderen zum CDPF beitragenden DP in einem gemeinsamen Korb zusammenzubringen und gemeinsame Planungs- und Budgetverfahren sicherzustellen. Soweit wie möglich wurde auf die Sicherstellung der Komplementarität geachtet. Verglichen mit den US-Mitteln für das HRH-Programm, die pro Jahr zwischen 20 und 25 Mio. USD ausmachen (INT DP 1), sind die CDPF-Mittel recht bescheiden.

Es ist festzustellen, dass die SWAp-Strukturen und -Mechanismen auf nationaler Ebene je nach den verschiedenen TWG mehr oder weniger effektiv funktionierten. Der Beitrag der deutschen EZ zum Funktionieren dieser Strukturen und Mechanismen ist effektiv gewesen, was durch die TWG belegt wird, in denen die deutsche EZ eine führende Rolle spielte. Die SWAp-Strukturen und -Mechanismen auf dezentraler Ebene funktionieren noch nicht in ausreichendem Maß. Die Unterstützung durch die deutsche EZ hätte hier bei einem späteren Ausstieg aus der

⁷³ CDPF-Mittel wurden zur Überbrückung von Finanzierungslücken bei Maßnahmen zur Kapazitätsentwicklung eingesetzt, die in den Jahresplanungen auf Distrikt- und Krankenhausebene vorgesehen waren. Dies geschah auf Grundlage von Vorschlägen, die von den Distrikten und Krankenhäusern eingereicht wurden (Dok. 53).

ruandisch-deutschen Zusammenarbeit effektiver sein können. SBS als EZ-Modalität konnte aufgrund eines begrenzten Hebeleffekts und mangelnder Kohärenz unter den beitragenden DP nicht voll ausgeschöpft werden. Bisher hat die Korbfinanzierung zur Kapazitätsentwicklung (CDPF) zur Stärkung der institutionellen Kapazitäten im Gesundheitssektor nur in moderatem Maße beigetragen. Die Unterstützung durch die deutsche EZ bei der Operationalisierung des CDPF und der Stärkung seiner strategischen Ausrichtung ist effektiv gewesen.

Effizienz

Während sich Leistungen (Inputs) der deutschen EZ für die Implementierung des SWAp und der Modalitäten der Gemeinschaftsfinanzierung (SBS und CDPF) nachvollziehen lässt, wurden Outputs und Outcomes gemeinsam erreicht, d. h. mit ruandischen Partnern und anderen DP. Der Versuch, die Kosteneffektivität durch Vergleich der Inputs der deutschen EZ mit den gemeinsamen Outputs und Outcomes zu bestimmen, ist aus evaluatorischer Sicht nicht angemessen. Dies gilt auch für die Effizienz von SBS, die in das Gesamtbudget des Sektors fließt.

Soweit die Beiträge der deutschen EZ zur SBS betroffen sind, kann festgestellt werden, dass das Auszahlungsverfahren effizient war, da die drei Tranchen (2009, 2010 und 2011) planmäßig überwiesen wurden. Jedoch erwies sich das Verfahren für die Überweisung dieser Mittel an das Gesundheitsbudget als ineffizient (vgl. den entsprechenden Abschnitt unter „Effektivität“). Es gibt weitere Hinweise für dieses ineffiziente Verfahren bei der Nutzung der SBS-Mittel, da ähnliche Verzögerungen auch bei von Belgien und Großbritannien bereitgestellter SBS vorkamen (INT EXP 20).

Was den CDPF betrifft, so gab es einen erkennbaren Mangel an Effizienz in der Nutzung der Mittel (Dok. 50), da sie, ohne einer strategischen Orientierung zu folgen, genutzt wurden. Das führte dazu, dass Rand- oder Ad-hoc-Aktivitäten finanziert wurden, während gleichzeitig sogar die vorhandenen Mittel nicht abgerufen wurden. Auf Empfehlung eines *Audit*-Berichts (Dok. 50) wurde das Management des CDPF unter die Verantwortung der SPIU im MoH gestellt.

Ein üblicher Richtwert zur Bewertung der Effizienz von Sektorbudgethilfe oder Korbfinanzierung ist das Ausmaß, in dem sie zur Reduzierung der Transaktionskosten sowohl für die Empfängerregierungen als auch für die DP beigetragen haben. Aus den Interviews geht hervor, dass die Transaktionskosten für die offiziellen ruandischen VertreterInnen im MoH niedriger ausfielen (INT SWAp 13, 14) – insbesondere nach der Einrichtung der SPIU –, aus Sicht der deutschen EZ-Personals jedoch nicht spürbar zurückgingen (G INT GEN 2). Im Fall der CDPF wurde eine Zunahme der Arbeitsbelastung und Koordinierungsarbeit, insbesondere für die DP, festgestellt.

Daraus ergibt sich, dass es hinsichtlich der Effizienz in Bezug auf die SBS und Korbfinanzierung (CDPF) Unzulänglichkeiten gab. Die Transaktionskosten konnten nur zum Teil reduziert werden.

Nachhaltigkeit

Überlegungen zur Nachhaltigkeit der Unterstützung des SWAp, der SBS und des CDPF durch die deutsche EZ sind vor folgendem Hintergrund anzustellen: Die ruandisch-deutsche Zusammenarbeit endet nicht aufgrund dessen, dass die ruandisch-deutsche Zusammenarbeit eine starke Eigenverantwortung auf hoher politischer Ebene und die Nachhaltigkeit der deutschen EZ-Unterstützung des Gesundheitssektors erreicht wurde. Der Grund liegt vielmehr in der Eigenverpflichtung der ruandischen Regierung zur Wirksamkeits-Agenda der EZ. Gemäß der ruandischen EZ-Politik und dem Grundsatz der Arbeitsteilung zwischen Entwicklungspartnern war das MINECOFIN der Ansicht, dass Geberunterstützung gleichmäßig über alle EDPRS-Sektoren verteilt sein sollte. Da der Gesundheitssektor in früheren Jahren großer Nutznießer der Unterstützung durch DP war, sind durch die GoR Prioritäten gesetzt worden, um Lücken in anderen Sektoren zu schließen. Unterstützung für produktive Sektoren, die nötig ist, um das ruandische Wirtschaftswachstum fortzusetzen, sollte wiederum auch dem Gesundheitssektor zugutekommen. Daher war das MINECOFIN zuversichtlich, dass der Gesundheitssektor mit der Beendigung der Unterstützung durch die deutsche EZ zurechtkommen würde (G INT SWAp 2).

Heutige und frühere offizielle VertreterInnen des MoH sehen eine große Chance für die Nachhaltigkeit der Unterstützung von SWAp, SBS und CDPF durch die deutsche EZ darin, dass die ruandische Regierung – und kein DP – die Verantwortung für den SWAp trägt. Aufgrund der Tatsache, dass die deutsche Unterstützung auf die Prioritäten der ruandischen Regierung ausgerichtet war, gingen sie davon aus, dass die mit deutscher Unterstützung entwickelten Strategien weiter implementiert werden. Jedoch wiesen dieselben InterviewpartnerInnen ausdrücklich darauf hin, dass die durch Beendigung der deutschen Unterstützung der SBS und des CDPF entstandene Lücke durch eigene und externe Ressourcen geschlossen werden müsse. Gleichzeitig werde technische Unterstützung, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheitsfinanzierung und dem Management der Gesundheitstechnik, immer noch kurzfristig benötigt (G INT GEN 3; G INT SWAp 1, 3). Bezüglich des Managements von Gesundheitstechnologie geht man im MoH und seitens der DP davon aus, dass es nach dem schrittweisen Ausstieg in Bezug auf Wartung, Reparaturen und Ersatzteilbeschaffung zu ernststen Finanzierungsproblemen kommen wird (INT SWAp 3, 7, 10). Daher ist das durch den CDPF und Belgien mitfinanzierte Training von biomedizinischen Technikern unter der Schirmherrschaft des HRH-Programms höchst willkommen. Bisher gibt es davon nur eine begrenzte Anzahl und die technische Unterstützung zur Entwicklung von systembezogenen Arbeitsprozessen zwischen Distrikt- und der Zentral-Ebene bleibt kritisch (INT HRD 5; INT SWAp 7).

Auf Distrikt-Ebene wurde das Hauptrisiko für die Nachhaltigkeit der deutschen Unterstützung zum SWAp in der Konsolidierung der Leistungsfähigkeit gesehen. Laut Aussage von InterviewpartnerInnen in der Distriktverwaltung sind die Strukturen und Mechanismen für die Implementierung nationaler Strategien vorhanden. Es mangelt jedoch an Ressourcen für den Kapazitätsaufbau und die Supervision der Gesundheitseinrichtungen und deren MitarbeiterInnen. Die Mobilisierung von Ressourcen anderer Träger auf Distrikt-Ebene wurde als Herausforderung gesehen (INT HRD 8; G INT GEN 8, 10, 11).

Angesichts der starken Eigenverantwortung der ruandischen Regierung und der vorhandenen Funktionalität der SWAp-Strukturen und -Mechanismen können die Aussichten in Bezug auf die Nachhaltigkeit der im Gesundheitsprogramm in verschiedenen Bereichen erreichten Ergebnisse als zufriedenstellend beurteilt werden. Trotz dieses positiven Trends gibt es Hinweise darauf, dass die SWAp-Dynamik in der ersten Hälfte 2013 weiter an Schwung verloren hat (INT DP 1; INT EXP 20; INT SWAp 21). Interviews mit anderen Entwicklungspartnern setzen diese Einschätzung in Zusammenhang damit, dass Schlüsselpersonen der DP das Land verlassen haben. Die *Health Sector Working Group* als eines der Schlüsselforen für den SWAp schafft es offenbar nicht, ihre Arbeit effektiv und dynamisch zu organisieren. Dass die JHSR im April 2013 nicht stattfand, kann auch als Zeichen dafür gesehen werden, dass der SWAp-Prozess an Dynamik verloren hat. Dabei fällt auch auf, dass das USA-finanzierte HRH-Programm überwiegend durch projektgebundene Hilfe statt über den CDPF als Modalität der Gemeinschaftsfinanzierung implementiert wird. Es gibt Hinweise darauf, dass die bilaterale Zusammenarbeit zwischen der ruandischen Regierung und der USA zum Nachteil des SWAp-Prozesses in den Vordergrund gerückt ist.

Wie in Analyse von Finanzlücken im Rahmen des HSSP III (GoR & MoH, 2012, S. 121) dargestellt wird, besteht weiterhin die Schwierigkeit, dass der Gesundheitssektor immer noch sehr stark auf externe Unterstützung angewiesen ist. Während die USA ihre Rolle als größter Geber im Gesundheitssektor weiter ausgebaut hat, gehen die für den Gesundheitssektor bereitgestellten Mittel zurück. Nachdem die Luxemburg Development Agency sich 2013 aus dem Gesundheitssektor zurückgezogen hat und das DFID seine Unterstützung für den Gesundheitssektor nach und nach eingestellt hat, hat sich nur noch die BTC zu einem langfristigen Engagement im Gesundheitssektor bekannt. Was jedoch die SBS betrifft, so betreffen Zusagen lediglich den Zeitraum von 2011 bis 2014. Es gibt Hinweise darauf, dass das MINECOFIN auf die oben erwähnte Problematik mit einer neuen Politik der Arbeitsteilung (GoR & MINECOFIN, 2013) reagieren wird, da die neuen Akteure Frankreich und China für den jetzigen EDPRS-Zeitraum (2013 – 2018) Unterstützung für den Gesundheitssektor bereitstellen werden.

Möglicherweise wird der Einstieg dieser Entwicklungspartner in den Gesundheitssektor ein Engagement unter Beweis stellen, das zur Wiederbelebung der SWAp Dynamik beiträgt.

3.3.2 Komponente 1: Gesundheitsfinanzierung

Zwei Gesundheitsreformen, mit denen der mangelnden Nutzung und der niedrigen Qualität der Einrichtungen in Ruanda entgegengewirkt werden soll, haben besonderes internationales Interesse ausgelöst (vgl. Logie, Rowson, & Ndagije, 2008; Musango, Doetinchem, & Carrin, 2009; Saksena, Antunes, Xu, Musango, & Carrin, 2010): die Einführung einer landesweiten gemeindebasierten Krankenversicherung (vgl. Kasten 11) und die leistungsbezogene Finanzierung von Dienstleistern (vgl. Kasten 12). Beide Reformen entstanden aus kleinen Projekten in der Zeit nach dem Genozid 1994 und wurden über mehrere Jahre hinweg durch die deutsche Zusammenarbeit begleitet und mit geformt.

Gesundheitsfinanzierung im ruandischen Gesundheitssystem CBHI

Als die internationale Nothilfe nach dem Genozid von 1994 allmählich auslief, wurden 1996 in Ruanda wieder Nutzungsgebühren für die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten eingeführt (INT HF 32; Soeters et al., 2005). In der Folge ging die Nutzung von Gesundheitsdiensten bis 1999 auf 0,25 Konsultationen pro Kopf und Jahr zurück (INT RP 1; vgl. auch Schneider, 2005). Um katastrophale Kosten durch individuelle Direktzahlungen für Gesundheitsdienste (sogenannte *out of pocket payments*) zu senken, haben die Regierung von Ruanda und einige NGOs seit 1999 drei gemeindebasierte Krankenversicherungssysteme auf lokaler Ebene getestet (vgl. Binagwaho, Hartwig, Ingeri, & Makaka, 2012). Größere Schritte in der Entwicklung der CBHI seither waren die nationale Verbreitung von CBHI in 2004 in Verbindung mit der Formulierung einer CBHI-Politik (MoH, 2004), die Konsolidierung der gesetzlichen Rahmenbedingungen durch ein Gesetz zur CBHI in 2007 (GoR, 2008a) und eine neue CBHI-Politik im Jahr 2010 (MoH, 2010a).

Kasten 11. Gemeindebasierte Krankenversicherung (CBHI)

Krankenversicherung kann allgemein wie folgt definiert werden: „Ein Vertrag zwischen dem Versicherten und dem Versicherer mit der Wirkung, dass bei Eintreten näher beschriebener Ereignisse (im Versicherungsvertrag festgelegt) der Versicherer entweder die versicherte Person oder den Gesundheitsdienstleister entschädigen wird“ (WHO, n.d.). Ruandas derzeitige gemeindebasierte Krankenversicherung (*mutuelles de santé*, bzw. *community-based health insurance*, CBHI)⁷⁴ beruht auf dem Modell einer sozialen Krankenversicherung, „bei der die Risiken der Gesellschaft im Prinzip gemischt werden und die Beitragszahlungen von Einzelpersonen in der Regel von deren Zahlungsfähigkeit abhängen“ (WHO, n.d.).

In der gegenwärtigen Form ist CBHI entlang zweier Dimensionen des Gesundheitssystems organisiert: Verwaltungsebenen (Sektor-, Distrikt- und nationale Ebene⁷⁵) und Versorgungsebenen (Gesundheitszentren, Distrikt-Krankenhäuser und Referenz-Krankenhäuser) (vgl. MoH, 2012b). Die Beiträge der CBHI-Mitglieder (ca. 70 % des CBHI-Budgets) werden in den Gesundheitszentren eingezogen und durch Subventionen von der GoR (ca. 13 %), den DP (ca. 9 %) und privaten Arbeitgebern (ca. 8 %) ergänzt (alle Prozentangaben für 2006, entnommen aus GoR & MoH, 2008). Mit diesen Mitteln werden den Gesundheitszentren die Kosten für Leistungen erstattet, die CBHI-Mitgliedern erbracht wurden. Die Risiko-Pools auf Sektor-Ebene sind rückversichert über größere Pools auf Distrikt- und nationaler Ebene. Auf Sektor-Ebene werden damit jeweils ca. 15.000 Mitglieder, auf Distrikt-Ebene (insgesamt 30) jeweils rund 300.000 Einwohner abgedeckt (vgl. MoH, 2010b). Die CBHI-Politik von 2010 (MoH, 2010a) ersetzte das Pro-Kopf-System (1.000 RWF pro Person⁷⁶ und Jahr; Eigenbeteiligung [*ticket modérateur*] von 200 RWF am Ort der Inanspruchnahme, d.h. in der Gesundheitseinrichtung) durch ein Beitragssystem mit Staffelung unter sozio-ökonomischen Gesichtspunkten, das von einer vollständigen Kostenübernahme durch den Staat für die Ärmsten bis hin zu 7.000 RWF plus Eigenbeteiligung für finanziell Bessergestellte. Seit 2007 ist die Mitgliedschaft in einer Versicherung in Ruanda gesetzlich vorgeschrieben (GoR, 2008a).

⁷⁴ Zur Klarheit der Terminologie sollte darauf hingewiesen werden, dass der Zusatz „gemeindebasiert“ (*community-based*) unter Umständen irreführend sein kann: Einige Wissenschaftler nennen eine nicht-staatliche Eigentümerschaft der Versicherung oder die Freiwilligkeit der Mitgliedschaft als definitorische Voraussetzungen für eine „gemeindebasiertes“ Krankenversicherungssystem (vgl. Bennet, 2004; Ekman, 2004; Robyn, Sauerborn, & Bärnighausen, 2013). Obwohl beide Aspekte aufgrund der Entwicklung des Systems nicht auf den ruandischen Kontext zutreffen, wird die ruandische Versicherung in diesem Bericht in der in Ruanda üblichen und offiziell verwendeten Weise als *community-based health insurance* bezeichnet.

⁷⁵ Das heutige Verwaltungssystem der Republik Ruanda ist (von der größten zur kleinsten Einheit) in Provinzen, Distrikte (die wichtigste dezentralisierte staatliche Einheit), Sektoren, Zellen und Dörfer unterteilt (vgl. MINALOC, 2011).

⁷⁶ Obwohl die Beiträge im Rahmen des Pro-Kopf-Systems individuell zu zahlen waren, war die Mitgliedschaft in der Versicherung eine Familienmitgliedschaft (vgl. GoR, 2008a: Artikel 5; MoH, 2004, p. 7).

PBF

PBF begann als Reihe von geographisch begrenzten Testläufen zwischen 2002 und 2005 (MoH, 2008) und wurde 2005 auf das ganze Land ausgeweitet (vgl. Basinga et al., 2011; Soeters et al., 2005; und Kasten 12). Während PBF alle Versorgungsebenen umfasst, wird hier nur das administrative Modell für Distrikt-Krankenhäuser vorgestellt (vgl. Rusa, Schneidman, Fritsche, & Musango, 2009), weil Deutschland als alleiniger Entwicklungspartner, nach Maßgabe des ruandischen Konzept der Arbeitsteilung, PBF im Distrikt-Krankenhaus von Ruhengeri⁷⁷ unterstützt hat. PBF-Budgets für Krankenhäuser werden prospektiv festgelegt und basieren auf einem Jahreswert von ca. 600 USD pro Bett. Jedes Vierteljahr evaluiert ein Team aus einem *Peer-Krankenhaus* (oft auch mit VertreterInnen des MoH und der DP) die Leistungen des betreffenden Krankenhauses anhand einer Checkliste von 51 Indikatoren. Der als Leistungsanreiz ausgezahlte Prozentsatz des prospektiven Budgets hängt dabei von der durch die Evaluierung festgestellten Zielerreichung ab. Sowohl der Bereich (Verwaltung, Qualitätssicherung, klinische Arbeit) als auch die Qualität der Leistungen gehen als Gewichtung in die Berechnung ein. Dann geht eine vom Steuerungskomitee des Distrikts geprüfte Rechnung (unter Supervision des ruandischen Ministeriums für Kommunalverwaltungen, Gemeinde-Entwicklung und Soziale Angelegenheiten, MINALOC) an den Versicherer (MoH), damit dieser die Kosten für die Leistung (über das MINECOFIN) an das Distrikt-Krankenhaus erstattet, das entscheiden kann, wie es diese Einnahmen verwendet.

Kasten 12. Leistungsbasierte Finanzierung (PBF)

Leistungsbasierte Finanzierung (*performance-based financing*; PBF) – im Englischen manchmal auch *Pay for Performance* (P4P), *output-based aid* oder *performance-based payment* (PBP) genannt – kann allgemein definiert werden als die „Zuweisung von Geld oder materiellen Gütern unter der Bedingung, dass eine messbare Aktion unternommen oder ein vorher festgelegtes Leistungsziel erreicht wird“ (Eichler & Levine, 2009, S. 6). Leistungsbasierte Finanzierung in Ruanda (auch bekannt als *approche contractuelle*) hat zum Ziel, die zu geringe Nutzung und die niedrige Abdeckung durch Gesundheitsdienste zu verbessern (vgl. Rusa et al., 2009): Das Gesundheitsministerium führte finanzielle Leistungsanreize für Gesundheitsdienstleister ein, um deren Leistung in einem definierten

Leistungsspektrum quantitativ und qualitativ zu verbessern ebenso wie ihr Management der Dienste und Strukturen (MoH, 2009a). PBF adressiert somit die Anbieterseite im Gesundheitssystem.

Sowohl CBHI als auch PBF sollten als Flaggschiffe unter den ruandischen Gesundheitsreformen angesehen werden, die zügig und mit hohem politischem Engagement verfolgt werden. In absoluten Zahlen beliefen sich die durch PBF transferierten Mittel auf 5,7 Mio. USD im Jahr 2006⁷⁸ und erreichten 2007 mit 11,8 Mio. USD einen Höhepunkt (WHO, 2009b, S. 114). In den *National Health Accounts* von 2006 wurde geschätzt, dass CBHI ca. 15,3 Mio. USD zu den gesamten Gesundheitsausgaben beisteuerte. Diese Zahlen beleuchten die Wichtigkeit beider Programme für die Gesundheitsfinanzierung in Ruanda, wenn man berücksichtigt, dass die Gesamtausgaben im öffentlichen Gesundheitswesen 2006 bei ca. 58 Mio. USD lagen (vgl. GoR & MoH, 2008, S. xvi).

Die Komponente Gesundheitsfinanzierung im ruandisch-deutschen Gesundheitsprogramm

Theory of Change

Das Oberziel der Programm-Komponente zu Gesundheitsfinanzierung war das ruandische Gesundheitssystem dahingehend zu verbessern, stärker auf die Bedürfnisse -- insbesondere der armen -- Bevölkerung einzugehen (vgl. Gemeinsame Berichterstattung, 2008 – 2012). Hinsichtlich CBHI war der Zielindikator, den Prozentsatz der Bevölkerung, der durch die Versicherung gedeckt ist, von 60 % im Jahr 2008 bis 2012 auf 100 % zu erhöhen (vgl. Anhang E). Das zweite Ziel war die Einführung von PBF in mindestens 50 % der Distrikt-Krankenhäuser im Zeitraum zwischen 2008 und 2010. Dieses Ziel wurde 2012 durch das Ziel ersetzt, die PBF-Kriterien an die neu entworfene Struktur der Provinz-Krankenhäuser anzupassen.

Die allgemeine ToC (vgl. Anhang D) für Gesundheitsfinanzierung sieht vor, dass technische und finanzielle Leistungen (Inputs) an die zentralen MoH-Organisationseinheiten für CBHI und PBF

⁷⁷ Auf politischer Ebene unterstützte Deutschland jedoch PBF *per se*. Für PBF bei Community Health Workers vgl. MoH (2009b) und Mugeni, Ngabo und Humuza (2011), für die Anwendung in Gesundheitszentren vgl. z.B. Meessen et al. (2006).

⁷⁸ Von diesen 5,7 Mio. USD wurden 20 % der PBF Distrikt-Krankenhäusern zugewiesen (1,15 Mio. USD). Der größte finanzielle Beitrag kam von dem GoR mit ca. 46 %, gefolgt von Belgien (32 %) und den USA (22 %). Die Weltbank trug mit 13 % der über die PBF an die Gesundheitszentren ausbezahlt 2,96 Mio. USD bei (GoR: 85 %; Belgien: 2 %). Für das Gesundheitspersonal wurde PBF nur durch die GoR bezahlt (1,61 Mio. USD) (WHO, 2009b, p. 114).

und für die jeweiligen dezentralisierten ausführenden Einheiten auf Distrikt- und Sektor-Ebene (Mehrebenen-Ansatz) Kapazitäten dahingehend stärken sollen, diese Systeme zu verwalten und zu erweitern (Output). Diese effektive Steuerung sollte zu verbessertem finanziellen Zugang (über CBHI) zu ausreichenden hoch-qualitativen Gesundheitsdiensten (über PBF) führen und Management-Kapazitäten sowie zusätzliche Einnahmen für Gesundheitseinrichtungen (beide Systeme) fördern, was zu einer gesteigerten Berücksichtigung der Bedürfnisse der – insbesondere armen – Bevölkerung durch das Gesundheitssystem (Outcome) führen soll. Letztlich soll sich auf diese Weise der Gesundheitsstatus der Bevölkerung verbessern (Impact)

Genauer gesagt, geht der „CBHI-Strang“ in der ToC des Programms davon aus, dass im Rahmen eines Mehrebenen-Ansatzes politische und technische Beratung (Inputs) der für CBHI zuständigen MoH-Stellen zu harmonisierten Strategien und zu ausreichend verfügbaren Mitteln führen wird. Dieser proximale Output ermöglicht es den CBHI-Stellen im MoH, das Versicherungssystem effektiv zu managen und damit zu einer höheren Bedürfnisberücksichtigung des ruandischen Gesundheitssystems gegenüber den Armen zu gelangen (Outcome). Diese Logik gilt in gleicher Weise für die Distrikt-Ebene: Technische Unterstützung (Input) erleichtert das Management der CBHI durch die jeweiligen Behörden und MitarbeiterInnen im Programmbereich (Output), was zu demselben Outcome führt.

Der „PBF-Strang“ folgt weitestgehend einer ähnlichen Logik: politische und technische Beratung (Input) der für PBF zuständigen MoH-Stelle führen zu geeigneten PBF-Strategien. Die Implementierung dieser Strategien auf der Ebene der Gesundheitseinrichtungen führt zu angemessenen Leistungsüberprüfungen der MitarbeiterInnen, wodurch deren Motivation gesteigert wird (Output) und schließlich eine Verbesserung der strukturellen Qualität von Gesundheitsdiensten herbeiführt, was wiederum zu einer höheren Berücksichtigung der Armen durch das ruandische

Gesundheitssystem beiträgt (Outcome). Auf dezentraler Ebene war nur die deutsche EZ von 2007 bis Mitte 2011 zuständig für die Zahlung der Leistungszulagen für das Distrikt-Krankenhaus von Ruhengeri, was – nach derselben Logik – zu einer Verbesserung der Service-Qualität in dem Krankenhaus führen sollte.⁷⁹

Implementierung

Die deutsche Zusammenarbeit hat CBHI seit der landesweiten Ausweitung im Jahr 2005 als Vize-Vorsitzende der *mutuelles* Arbeitsgruppe mit technischer Beratung und Workshops zur Koordinierung der Geber-Aktivitäten begleitet (Dok. 39). Zu den wesentlichen Leistungen der deutschen EZ zur Unterstützung der *Health Financing Unit* im MoH und der ihr unterstellten Stelle, der *Cellule Technique d'Appui aux Mutuelles de Santé* (CTAMS), in den letzten Jahren gehörte die Pilot-Einführung einer Management Software auf Distrikt-Ebene (Dok. 45), die Unterstützung des MoH bei der Ausarbeitung eines Verfahrenshandbuchs für CBHI und entsprechenden Trainings für CBHI-ManagerInnen, die Implementierung eines Finanzierungsmechanismus zum Ausgleich der verschiedenen CBHI Distrikt-Versicherungspools und eine Verbesserung der Datensituation zu CBHI durch Unterstützung des *Health Resource Tracking Tool* (vgl. Dok. 28; MoH, 2012b). Darüber hinaus organisierte die deutsche EZ verschiedene Foren für Politik-Dialog, Konferenzen und Workshops zu CBHI und hatte sich für ein CBHI-Beitragsystem nach Einkommensstufen ausgesprochen (INT EXP 16). In Kooperation mit dem MINALOC unterstützte die deutsche EZ den *Ubudehe*-Prozess⁸⁰ und eine entsprechende Datenbank, die als Grundlage für eine solche einkommensabhängige Staffelung dient, seit eine Kopf-Pauschale als Beitragssystem 2010 abgeschafft wurde (MoH, 2010a). Auf Distrikt- und Sektor-Ebene der Programmregion bot die deutsche EZ – meistens über nationale technische Distriktberater – Unterstützung für CBHI-Personal und Mitglieder der Distrikt-Steuerungskomitees durch Trainingsangebote und Unterstützung in Bezug auf Planung, Management, Finanzen, Supervision, Sensibilisierung, Monitoring und Evaluierung an. Dies erleichterte die

⁷⁹ Der überwiegende Teil der hier vorgestellten Belege beruht auf Berichten über die Situation in Ruhengeri und hat daher den Status einer Fallstudie, die nicht zwingend auf das PBF-System für andere Versorgungsebenen oder in anderen Distrikt-Krankenhäusern übertragen werden können. Belege aus Interviews lassen den Schluss zu, dass die komplexen PBF-Verfahren zwischen den Krankenhäusern leicht variierten (INT EXP 20; INT HRD DW 8).

⁸⁰ *Ubudehe* ist ein partizipativer Ansatz zur Erfassung von Armut, der erstmals im PRSP-Prozess angewandt wurde (RGB, 2012). Gegenwärtig dient *Ubudehe* zur Feststellung des Anspruchs von Bürgern auf ruandische Programme der sozialen Sicherung wie *Vision 2020* und *CBHI* (Ruberangero, Ayebare, & de Bex, 2011). Die sechs *Ubudehe*-Kategorien umfassen (vgl. GoR, 2002): (1) Menschen in bitterer Armut (*umutindinyakujya*), (2) die sehr Armen (*umutindi*), (3) die Armen (*umukene*), (4) die Armen, die sich zu helfen wissen (*umukene wifashije*), (5) diejenigen, die genug zu essen haben (*umukungu*) und (6) diejenigen, die viel Geld haben (*umukire*). Die CBHI-Beiträge sind seit der CBHI-Politik von 2010 nach diesen Kategorien gestaffelt.

Koordinierung zwischen den Distrikt-Gesundheitseinrichtungen, Distrikt-Krankenhäusern und dem JADF und stärkte das Distrikt-Gesundheitssystem (Dok. 40; Dok. 43; GIZ & KfW, 2012).

Auch wenn sie nicht ausdrücklich in den Logframe des Programms eingebettet sind (vgl. Dok. 43; Dok. 44), stellen die 2007 durch die deutsche EZ in der Programmregion errichteten sogenannten sozialen Fonds (*fonds d'équité*) einen eng mit der CBHI verwandten Gesundheitsfinanzierungs-Mechanismus dar: Diese Fonds subventionierten Kosten, die mit der medizinischen Behandlung im Krankenhaus anfallen, aber nicht durch die CBHI gedeckt werden, wie Transport, Medikamente oder Verpflegung. Darüber hinaus trugen die Fonds die CBHI-Beiträge für PatientInnen, die diese nicht aufbringen konnten. Anspruch auf diese Leistungen hatten PatientInnen, die von den MitarbeiterInnen vor Ort für ökonomisch vulnerabel eingestuft wurden (INT HF 33, 34). Ca. 1.300 Personen profitierten vor der CBHI Politikreform 2010 in den Jahren 2008 und 2009 von diesen sozialen Fonds (Dok. 27).

Auf dezentraler Ebene unterstützte die deutsche EZ Schulungsmaßnahmen für PBF-Datensammler und -Evaluatoren (GTZ, CIM, DED, InWEnt, & KfW, 2010) wie auch für Distriktpersonal (Dok. 28). Die deutsche EZ nahm auch an den vierteljährlichen Peer-Evaluierungen der Krankenhäuser teil. Weiterhin war die deutsche EZ der einzige DP, der im Rahmen der ruandischen Politik zur Arbeitsteilung unter den DP einen Vertrag für örtliche Zuschüsse zur direkten Finanzierung von PBF im Distrikt-Krankenhaus von Ruhengeri unterzeichnete und durchführte. Einige MitarbeiterInnen der deutschen EZ haben aufgrund der in Ruhengeri gemachten Erfahrungen die Relevanz und Effektivität von PBF ernsthaft in Frage gestellt und, nachdem sie Ruanda verlassen hatten, kritische Aufsätze über PBF veröffentlicht (vgl. Kalk, 2008, 2011; Kalk, Paul, & Grabosch, 2010). Voneinander abweichende Meinungen unter einigen (früheren) MitarbeiterInnen der deutschen EZ und der ruandischen Regierung haben so zeitweise den sonst konstruktiven Geist der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit belastet (INT EXP 15, 20; INT SWAP 19). Zwischen 2007 und Mitte 2011 zahlte die GTZ/GIZ Mittel für PBF-Leistungsanreize in Ruhengeri in Höhe von ungefähr

500.000 EUR aus (DEval-Schätzung auf der Grundlage von durch die GIZ zur Verfügung gestellten Daten). Auf zentraler Ebene richtete sich technische Unterstützung für PBF an die zuständige Stelle des MoH, die *Cellule d'Appui à l'Approche Contractuelle*. Die deutsche EZ beteiligte sich an verschiedenen Politik-Dialogen und Workshops zur Entwicklung von PBF-Indikatoren, die im Zusammenhang mit dem Qualitätsmanagement von Gesundheitsdiensten stehen (Dok. 43). Die GTZ/GIZ hatte auch den stellvertretenden Vorsitz in der technischen Arbeitsgruppe zur Gesundheitsfinanzierung im Rahmen des SWAp und war von anderen Mitgliedern hochgeschätzt aufgrund ihres technischen Fachwissens und der aus den Distrikten in dieses Forum eingebrachten Erfahrungen (INT SWAP 8, 16, 19, 22; Dok. 39; Dok. 43).

Relevanz

Die in der Politik zur Gesundheitsfinanzierung 2009 formulierten strategischen Prioritäten Ruandas für Gesundheitsfinanzierung haben zum Ziel „sicherzustellen, dass qualitativ hochwertige essentielle Gesundheitsdienstleistungen und insbesondere MDG-bezogene Maßnahmen für die gesamte Bevölkerung auf gleichberechtigte, effiziente und nachhaltige Weise im Rahmen einer ergebnisorientierten Finanzierung zugänglich sind“ (MoH, 2009c, S. 18). Die Regierung von Ruanda integrierte CBHI und PBF in ihren ersten *Health Sector Strategic Plan* für die Jahre 2005 bis 2009 (GoR, 2005b), wie auch in den Nachfolgeplan für den Zeitraum 2009 bis 2012 (GoR & MoH, 2009). Diese strategischen Pläne stehen in Einklang mit der EDPRS (GoR, 2007) und Vision 2020 (GoR & MINECOFIN, 2000).

Internationale Schwerpunkte für das BMZ sind Gesundheitssystemstärkung durch die Implementierung von solidarischen Mechanismen zur Gesundheitsfinanzierung (BMZ, 2009d) sowie Einrichtung und Reform von sozialen Sicherungssystemen (BMZ, 2009e). Das auf einem Menschenrechtsansatz beruhende Gesundheitskonzept des BMZ (BMZ, 2009a) betont vier Kernelemente, nämlich (1) Verfügbarkeit, (2) Zugänglichkeit, (3) Annehmbarkeit und (4) Qualität. Da CBHI und PBF (hauptsächlich) auf die finanzielle Zugänglichkeit bzw. die Qualität von Leistungen abzielen, entsprechen CBHI und PBF sowohl den ruandischen als auch den deutschen Prioritäten. Weiterhin tragen CBHI und

PBF besonders zu den MDGs 1, 4 und 5 bei, deren Erreichung sich sowohl das BMZ als auch die GoR zum Ziel gesetzt haben. Durch die starke Ausrichtung auf ruandische und deutsche Prioritäten einerseits sowie von Gesundheitsfinanzierung auf das größere politische ruandische Gefüge andererseits waren die Eigenverantwortung (*ownership*) unter den Partnerorganisationen und die Relevanz der Ziele im Bereich Gesundheitsfinanzierung hoch (INT HF 3, 4; G INT HF 1, 2).

Der starke politische Wille und das Tempo, mit dem die GoR die Umsetzung von CBHI und PBF verfolgten, überforderten zeitweilig die Kapazitäten der dezentralen Strukturen (INT EXP 16; MoH, 2008). Die Konzeption des deutschen Programms als Mehrebenen-Ansatz mit einer Spannweite von politischer Beratung auf zentraler Ebene zur Kapazitätsentwicklung für dezentrale Strukturen, gekoppelt mit finanziellen Zuschüssen zum PBF-System, hat sich dabei als gute Wahl erwiesen, um dieser Herausforderung zu begegnen. Dadurch, dass die deutsche Zusammenarbeit beide Reformen auf verschiedenen Ebenen begleitete, konnte die deutsche Zusammenarbeit ihre Erfahrungen aus den Distrikten in die technischen Arbeitsgruppen auf zentraler Ebene einbringen (GTZ et al., 2010).

Während die deutsche Unterstützung von CBHI und PBF in absolutem Einklang mit den strategischen Prioritäten Ruandas stand, gib es verschiedene Sichtweisen zur Einrichtung und Finanzierung von den sozialen Fonds (INT HF 1). VertreterInnen der deutschen EZ und MitarbeiterInnen der Krankenhäuser, die von den Fonds profitierten, beschrieben sie als wichtig für das Finanzmanagement, da die Gesundheitsdienstleister sich mit hohen, ungedeckten Kosten für die Behandlung der Ärmsten konfrontiert sahen (INT HF 6, 17, 21, 22, 33, 34; G INT HF 10, 16, 17). Befragte auf Regierungsebene und ein weiterer DP-Vertreter teilten diese Auffassung nicht und äußerten sich eher negativ (INT HF 2, 26; G INT GEN 13). Die sozialen Fonds waren insofern relevant als sie negative Konsequenzen für die Ärmsten milderten, die sich nicht in der Lage sahen, die CBHI-Gebühren zu zahlen und trugen so zur Gerechtigkeit und Chancengleichheit im Gesundheitswesen bei (INT HF 33, 34; INT HRD DW 1; INT InD DW 31; Vergleichende Fallstudie; Dok. 43). Dies wurde aber

erreicht, indem neue Strukturen geschaffen wurden, die im Rahmen der ruandischen EZ- weniger befürwortete Modalitäten darstellten Politik (GoR & MoH, 2006a).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sowohl CBHI als auch PBF sich auf die Ober-Ziele (Vision 2020, EDPRS) und Sektor-Ziele (HSSP) der ruandischen Seite ebenso ausrichten wie auf Prioritäten des BMZ (menschenrechtsbasiertes Gesundheitskonzept, Gesundheitssystemstärkung und Systeme der sozialen Sicherung) auf deutscher Seite. Die Konzeption des Programms als Mehrebenen-Ansatz (Politik-Beratung des MoH und Unterstützung der Distriktstrukturen) war hoch relevant, um „Schwachstellen“ auf Distrikt-Ebene aufgrund der Geschwindigkeit bei der Implementierung zu schließen. Die temporäre Einführung der sozialen Fonds führte jedoch zur Schaffung von nicht-angepassten Parallelstrukturen innerhalb des ruandischen Gesundheitssystems. Hinsichtlich der entwicklungspolitischen Zielsetzung waren sie aber auf das hochrelevante, ergänzende Ziel gerechter Zugangsmöglichkeiten zur Krankenversicherung ausgerichtet. Die Programmkomponente zu Gesundheitsfinanzierung war hinsichtlich der Zielsetzung und Konzeption somit insgesamt hoch relevant.

Effektivität

Gesundheitsfinanzierung in Ruanda wird allgemein als Erfolgsgeschichte gesehen (vgl. Logie et al., 2008). Es ist jedoch schwierig, der deutschen EZ aufgrund konfundierender Einflüsse in einer SWAp-Umgebung bestimmte Ergebnisse zuzuschreiben. Im Folgenden werden die Beiträge der deutschen Zusammenarbeit zur Erreichung des Gesamtergebnisses (Outcome) für PBF und CBHI vorgestellt (verbesserte Berücksichtigung insbesondere der armen Bevölkerung durch das ruandische Gesundheitssystem).

CBHI

Eine Reihe von Interviews belegt, dass die Leistungen der deutschen EZ im Rahmen des stellvertretenden Vorsitzes der TWG auf zentraler Ebene zu verbesserter Koordinierung, Informationsaustausch und gemeinsamer Implementierung von Themen der Gesundheitsfinanzierung zwischen dem MoH und den DP beitrug (INT HF 4, 22, 25, 27, 37; G INT HF 2, 10, 13, 16,

24; INT SWAP 8, 16, 19, 22). Dies verleiht der Schlussfolgerung Plausibilität, dass Politik-Beratung und technische Unterstützung der CBHI-Einheit des MoH einen Beitrag zur Formulierung und Nutzung von harmonisierten Strategien und Ressourcen leistete. Diese Argumentationslinie wird gestützt durch die Tatsache, dass die deutsche Moderation zu GFATM-Zahlungen von ca. 34 Mio. USD führte, die für die Erreichung der heutigen CBHI-Abdeckung und Subventionierung von Bedürftigen wesentlich waren (INT HF 0, 13, 34; G INT HF 29; Kalk, Groos, Karasi, & Girrbaach, 2010). Fokus-Gruppen-Diskussionen und Interviews auf Distrikt-Ebene unterstützen dies: CBHI-SchlüsselinformantInnen bewerten ihre Kapazitäten, den MoH-Vorgaben zu folgen, als ausreichend und berichten von positivem Feedback hierzu seitens der Beitragszahler und Gemeinde-VertreterInnen in den CBHI-Steuerungskomitees (Vergleichende Fallstudie). Es sollte jedoch erwähnt werden, dass die Unterstützung zu Antragstellungen bei dem GFATM durch die deutsche BACKUP-Initiative bereitgestellt wurde, einem Helpdesk des BMZ (implementiert durch die GIZ), der ausschließlich zur Beratung von Ländern geschaffen wurde, die Unterstützung durch den GFATM beantragen wollen. Die gewährten Mittel sind daher vielmehr ein Beispiel dafür, wie erfolgreiche technische Beratung zu effektiver Mittelbeschaffung führen kann und können weniger als finanzieller Input des Programms gewertet werden. Die Genehmigung durch den GFATM ist bemerkenswert, weil Ruanda zum damaligen Zeitpunkt eine von nur drei Bewilligungen für den Bereich Gesundheitssystemstärkung erhielt (vgl. Kalk, Groos, et al., 2010).

Inwieweit diese Beiträge zu einem effektiveren Management der CBHI durch das MoH führten, konnte aufgrund der Schwierigkeit, die Entscheidungsfindungsprozesse auf politischer Ebene nachträglich nachzuvollziehen, nicht bis ins Detail untersucht werden. Die vorhandenen Belege für eine verbesserte Berücksichtigung insbesondere der armen Bevölkerung durch das Gesundheitssystem lässt jedoch den Schluss zu, dass vorangegangene Outputs im Wesentlichen, wie durch die ToC postuliert, generiert wurden: Ende 2011 deckte die Versicherung landesweit 91% der Bevölkerung ab (MoH CBHI Datenbank; Daten von der GIZ) im Vergleich zu 7% im Jahr 2003 (MoH, 2010a, S. 6). Die

durchschnittliche Nutzungsrate von Gesundheitsdiensten lag bei ca. 0,83 Konsultationen pro Kopf (MoH, 2011a, S. 53) verglichen mit 0,25 im Jahr 1999 (vgl. Schneider, 2005). Verschiedene Studien stützen diese Feststellung (Binagwaho et al., 2012; Lu et al., 2012; Saksena et al., 2010; Shimeles, 2010) ebenso wie die der CBHI zugrundeliegenden Annahmen, dass Vorauszahlungen und Risikopooling katastrophale Kosten auf Grund von individuellen Direktzahlungen effektiv senken und die Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen in Ruanda erhöhen.

Fokus-Gruppen-Diskussionen belegen eine allgemein hohe Zufriedenheit der EndnutzerInnen mit CBHI-Dienstleistungen und -Management wie auch mit der erfolgreichen Senkung der finanziellen Zugangsbarrieren beim Besuch von Gesundheitszentren und Zugang zu höheren Versorgungsebenen (Vergleichende Fallstudie). Die postulierte Schaffung von Einnahmen für Gesundheitseinrichtungen kann sowohl für das alte (Schneider & Hanson, 2006) wie auch für das aktuelle CBHI-System gestützt werden: Gesundheitsfachkräfte berichteten, dass die erhöhte finanzielle Autonomie ihrer Einrichtungen zu einer besseren Anpassung an die Bedürfnisse ihres Einzugsgebiets bei der Rekrutierung von MitarbeiterInnen, Trainings und Medikamentenbeschaffung führte (Vergleichende Fallstudie). Durch die Fallstudie wurde jedoch auch festgestellt, dass diese finanzielle Autonomie der Gesundheitseinrichtungen durch Verzögerungen bei der Erstattung aus den übergeordneten Risiko-Pools bisweilen eingeschränkt wird (Vergleichende Fallstudie).

Jedoch sind die Beitritts- und Nutzungsraten unter den Ärmsten niedriger. Binagwaho et al. (2012) stellten fest, dass diese Raten sich zwischen den DHS-Runden von 2005 und 2010 nicht wesentlich verändert haben. Es gibt weiterhin konsistente Belege dafür, dass unter den Armen katastrophale Gesundheitsausgaben höher und die Nutzung von Diensten niedriger ist (Lu et al., 2012; Shimeles, 2010).⁸¹ Diese Feststellungen hinsichtlich der begrenzten Chancengleichheit von CBHI werden durch die Vergleichende Fallstudie bestätigt: EndnutzerInnen klagten über Falscheingruppierungen in die *Ubudehe*-Kategorien, was zu unerschwinglichen CBHI-Beiträgen und Eigenbeteiligungen

⁸¹ Die Studien von Saksena et al. (2010) und Sekabaraga, Soucat, Diop und Martin (2011) kommen zu dem gegenteiligen Schluss, können aber als methodisch schwächer gewertet werden (vgl. Binagwaho et al., 2012).

einerseits und schwindenden Vertrauen in das Versicherungssystem andererseits führen könnte (vgl. Schneider, 2005). Die Befragten (unabhängig von „deutschen Distrikten“ oder Vergleichsdistrikten) klagten übereinstimmend über die Erschwinglichkeit von CBHI aufgrund der Zahlungsmodalitäten. Die drei wesentlichen Probleme, die dabei erwähnt wurden, waren (1) die Anzahl der Raten, in denen die Versicherungsbeiträge erbracht werden müssen (eine vor der Reform im Juli 2011, zwei danach), (2) die Notwendigkeit, dass die ganze Familie der Versicherung beitrifft und (3) die Wartezeit von einem Monat nach Zahlung, bis Anspruch auf die Übernahme von Gesundheitsdienstleistungen besteht. Da diese Zahlungsmodalitäten bewusste MoH-Vorgaben darstellen, um die Bildung von Hoch-Risiko-Pools der CBHI durch adverse Selektion zu vermeiden (Binagwaho et al., 2012), dürfte es schwierig sein, ein Gleichgewicht zwischen den Bedürfnissen beider Seiten zu finden. Weitere Belege für dieses Problem stammen von Fokus-Gruppen-Diskussionen mit Leitern von Gesundheitszentren: Sie berichten übereinstimmend, dass die finanzielle Autonomie ihrer Gesundheitseinrichtungen durch die geringe Zahlungsfähigkeit der Versicherungsmitglieder in *Ubudehe*-Kategorie 3 beeinträchtigt wird, die die Eigenbeteiligung von 10 % bei Annahme von Leistungen in den Distrikt-Krankenhäusern sowie Zusatzkosten (z.B. für Nahrung) kaum erbringen können, was durch die Verzögerungen der Erstattung von zentraler Ebene weiter verschärft wird (Vergleichende Fallstudie; INT EXP 3, 16; INT HRD DW 3, 8).⁸²

Das ruandisch-deutsche Programm richtete sich ganz auf das ruandische Ziel der universellen Abdeckung der Bevölkerung durch eine Krankenversicherung aus (d.h. 100 %), das bisher noch nicht erreicht ist (91 % Ende 2011). Das Evaluierungsteam betrachtet dies angesichts des enormen Erfolgs der gesamten CBHI-Entwicklung seit der Einführung der Versicherung auf nationaler Ebene im Jahre 2005 als ein rein formale Unzulänglichkeit: Im Mai 2012 wurde der Indikator auf 90 % herunter gesetzt (vgl. Anhang E) und auch der HSSP für den Zeitraum von 2012 bis 2018 sieht keine universelle Abdeckung mehr als Ziel vor (vgl. GoR & MoH, 2012). Was die Chancengleichheit im Gesundheitssystem angeht, so weisen die verfügbaren Informationen darauf hin,

dass die finanziellen Zugangsbarrieren gesenkt wurden: Seit der Politikreform von 2010 haben die Ärmsten erleichterten Zugang (*Ubudehe* Kategorien 1 und 2 werden nun voll subventioniert). Allerdings sind die Direktzahlungen in den Distriktkrankenhäusern zu leisten (insbesondere die 10 %ige Eigenbeteiligung) für als Kategorie 3 Eingestufte mitunter schwer zu erbringen. Dies weist darauf hin, dass Zugangsbarrieren auf höhere *Ubudehe*-Kategorien und Versorgungsebenen verlagert wurden.

Soziale Fonds

Verschiedene InterviewpartnerInnen vertraten die Auffassung, dass die begrenzte Chancengleichheit des CBHI-Ansatzes bis 2010 die Relevanz und Effektivität der sozialen Fonds im Nachhinein besonders belegt (vgl. INT EXP 3; INT InD DW 31). Eine zentrale Erkenntnis aus der Vergleichenden Fallstudie ist, dass die sozialen Fonds einen sichtbaren Mehrwert zu der Unterstützung von ökonomisch vulnerablen Menschen beim Zugang zu Gesundheitsdiensten schufen, den es in anderen Distrikten nicht gab. Besonders diese Komplementarität zu der (seinerzeitigen) Ausgestaltung der CBHI (vgl. Dok. 43) unterstreicht die Bedeutung der sozialen Fonds zur Erreichung des Komponentenziels.

PBF

Während die aktive Beteiligung der deutschen EZ in den technischen Arbeitsgruppen dokumentiert ist (INT EXP 20; INT SWAP 8, 16, 19, 22), kann die deutsche EZ in Bezug auf PBF nicht zu den führenden Gebern gerechnet werden: In den PBF-Richtlinien für Distrikt-Krankenhäuser und GesundheitsarbeiterInnen in den Gemeinden wird die Rolle bestimmter DP klar herausgestellt, während Deutschland nicht erwähnt wird (MoH, 2008, 2009b). Den größten Beitrag leistete die GoR, gefolgt von Belgien, der Weltbank und USA-finanzierten NGOs (WHO, 2009b, S. 114 – 115). Das von deutscher Seite verfolgte Ziel bei PBF lag eher auf der Abbildung der Qualität von Gesundheitsdienstleistungen durch PBF-Indikatoren (INT EXP 20). Verschiedene Interviews lassen den Schluss zu, dass seitens der deutschen EZ CBHI im Bereich der Gesundheitsfinanzierung mehr Aufmerksamkeit zuteil wurde als PBF (INT HF 1, 2, 3, 4). Im Zusammenhang mit der dezentralen Unterstützung von PBF trug die deutsche EZ zum Training

⁸² Die Einführung von Roaming (d.h. PatientInnen können auch in Einrichtungen, zu deren Einzugsgebiet sie nicht gehören, Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen) im Jahr 2010 verschlimmert dieses Problem weiter: Rechnungen von Gesundheitszentren für Roaming-PatientInnen werden auf zentraler Ebene bearbeitet, wodurch deren Erstattung sich aufgrund des höheren administrativen Aufwands weiter verzögert.

von PBF-Evaluatoren und Daten-ManagerInnen bei. Zusätzlich beteiligte sie sich an *Peer*-Evaluierungen von Krankenhäusern (GIZ & KfW, 2012; GTZ et al., 2010) und zahlte an das Krankenhaus in Ruhengeri zwischen 2007 und 2011 ca. 500.000 EUR als Leistungsanreize aus (DEval-Schätzung auf der Grundlage der von der GIZ bereitgestellten Daten). Das Krankenhaus in Ruhengeri nahm weitgehende Verwaltungsänderungen vor (Dok. 9). Während das PBF-Evaluierungssystem bei seiner Einführung 2008 von dem Krankenhauspersonal nicht gut verstanden und angenommen wurde (Dok. 38), erhellt die Vergleichende Fallstudie die aktuellsten Wahrnehmungen: TeilnehmerInnen an Fokus-Gruppen-Diskussionen in Krankenhäusern und Schlüsselpersonen auf Distrikt-Ebene (auch in Ruhengeri) bestätigten die Übereinstimmung von PBF mit dem Leistungsvertragssystem auf Distrikt-Ebene (*imihigo*). Die Befragten stellten jedoch in Frage, ob das Indikatorsystem tatsächlich das erfasst, was es erfassen soll: Die durch die PBF-Indikatoren gesetzten Ziele werden häufig als zu starr und manchmal unerreichbar empfunden (vgl. auch INT HRD HM 15). Nichtsdestotrotz berichten die Fachkräfte über sich selbst, dass sie aufgrund des PBF-Systems für ihre Arbeit höher motiviert sind (vgl. auch INT HRD HM 6; INT RP 15). Aufgrund dieser Selbsteinschätzungen ist jedoch nicht festzustellen, ob diese Wirkung der Anreizsetzung zur Leistungssteigerung durch PBF zugeschrieben werden kann oder auf den allgemein Anstieg des Arbeitslohns zurückzuführen ist (vgl. auch INT RP 13, 14).⁸³

Zwei grundlegende Annahmen liegen dem PBF-Bewertungssystem zugrunde: (1) Geringe Motivation des Gesundheitspersonals ist das Haupthindernis für hochqualitative Leistungen – im Gegensatz zu anderen Ressourcen-Einschränkungen –, die (2) durch Leistungsanreize überwunden werden können. Die in der Literatur postulierten Risiken besagen, dass finanzielle Anreize (per definitionem extrinsisch motivierend) intrinsische Motivation verdrängen könnten (*Crowding-Out*) und zu sogenanntem *Gaming*⁸⁴ führen können (vgl. z. B. Gorter et al., 2013; Grittner, 2013; Oxman & Fretheim, 2009). Die Belege zur Stützung der ersten Annahme sind widersprüchlich (INT HRD DW 7; INT EXP

2, 18; INT InD 31; Paul, 2009) und daher nicht aussagekräftig. Was die zweite Annahme betrifft, so sind in Ruhengeri wiederholt negativen Auswirkungen von PBF wie *Crowding-Out* und *Gaming* berichtet und untersucht worden (INT InD 31; INT EXP 5; Kalk, 2011; Kalk, Paul, et al., 2010; Paul, 2009), was eine Bedrohung für die Verbesserung der strukturellen Qualität von Gesundheitsdiensten darstellt und bisher nicht ausreichend erforscht ist (vgl. INT HF 24 und Ireland, Paul, & Dujardin, 2011). Während diese Erfahrungen in Ruhengeri die deutsche EZ veranlasste, ihre Unterstützung im Rahmen der Programmkomponente zu Gesundheitsfinanzierung stärker auf CBHI zu konzentrieren (INT EXP 5, 16, 20), ist nicht klar, ob diese Effekte bis heute vorherrschen. Die landesweite Einführung von PBF ist in standardisierter Weise durchgeführt worden und lässt daher die Vermutung plausibel erscheinen, dass sich andere Distrikt-Krankenhäuser vor ähnliche Probleme gestellt sahen.

Auf der Grundlage von Interviews, Berichten und Studien kann zweifellos geschlossen werden, dass PBF zu folgenden positiven Veränderungen geführt hat: Erhöhung der Qualität und Quantität der Dienstleistungen (INT G10, 16, 22, 24, 25, 27; INT HF 3; Sherry, Bauhoff, & Mohanan, 2013), Erhöhung der individuellen Leistungen (nach Aussagen des Gesundheitspersonals), Verringerung der Fehlzeiten sowie Verbesserung der internen Kommunikation und Supervision (Kalk, Paul, et al., 2010; vergleichende Fallstudie; Paul, 2009). Gemessen an den PBF-Indikatoren nahm die Leistung im Krankenhaus von Ruhengeri von 78 % im Jahr 2008 auf 84 % im Jahr 2010 zu (Daten von der GIZ).

Neben der Verbesserung der strukturellen Qualität von Gesundheitsdiensten ist auch davon auszugehen, dass PBF auf Ebene der Gesundheitsdienstleister zu mehr Kapazität für ergebnisorientiertes Management und mehr Autonomie beiträgt. Diskussionen mit Fokus-Gruppen ergaben, dass EndnutzerInnen darüber berichteten, seit der Einführung von PBF in Gesundheitseinrichtungen respektvoller behandelt worden zu sein (höhere Zufriedenheit von EndnutzerInnen kann als

⁸³ Mehrere Übersichtsstudien kamen zu dem Schluss, dass PBF (und ergebnisorientierte Ansätze im Gesundheitskontext ganz allgemein) noch nicht eingehend erforscht sind (Fretheim, Witter, Lindahl, & Olsen, 2012; Gorter, Ir, & Meessen, 2013; Grittner, 2013; Oxman & Fretheim, 2009), was eine genaue Überprüfung dieses in der ToC postulierten Kausalzusammenhang auf der Grundlage von Erkenntnissen aus anderen Kontexten unmöglich macht.

⁸⁴ „Gaming“ im Sinne von „Gaming the system“ kann frei als „das Ausnutzen von Fehlern im System zum eigenen Vorteil“ übersetzt werden. Gemeint ist hier die Manipulation des PBF-Systems, um ein gewünschtes Ziel zu erreichen, z. B. durch Abstriche bei der Qualität.

Indikator für mehr Bedürfnisorientierung gesehen werden; vgl. Kruk & Freedman, 2008). Gesundheitskräfte berichteten zudem, dass die Leitungsebene in der Tat die Leistungen aufgrund der verbesserten Supervision mehr auf die Bedürfnisse der PatientInnen abstimmen kann (Vergleichende Fallstudie). Dieselben SchlüsselinformantInnen sprachen auch zwei wesentliche Risiken an: (1) PBF könnte Unterschiede zwischen Gesundheitsdienstleistern verschärfen, weil das unflexible Bewertungssystem gut ausgestattete Einrichtungen gegenüber Einrichtungen mit weniger Ressourcen auf längere Sicht bevorzugt.⁸⁵ (2) Die meisten Befragten waren der Auffassung, dass ihre Arbeitsumgebung von Problemen beeinflusst wird, die PBF nicht adressiert, wie z.B. hohe Personalfuktuation und fehlende Ausstattung. Insbesondere hat die verstärkte Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten (durch CBHI und PBF) ihre Arbeitsbelastung und den Druck auf die Krankenhauskapazität deutlich erhöht, so dass andere Ressourcen-Beschränkungen zum Engpass für qualitativ hochwertige Gesundheitsdienste werden könnten.

Eine Bewertung der Effektivität der Programmkomponente zu Gesundheitsfinanzierung durch den Abgleich gegen das Komponenten-Ziel („PBF wurde in mindestens 50 % der Distrikt-Krankenhäuser eingeführt“; 2010 ersetzt durch „die Entwicklung angepasster PBF-Indikatoren für die neu entworfene Struktur der Provinzkrankenhäuser“)⁸⁶ ergibt keinen Sinn: Beide Indikatoren leiten sich aus der nationalen Strategie Ruandas ab und erfassen ausschließlich einen Status statt die tatsächlichen Leistungen durch die Komponente (für einen umfassenden Überblick über die Programm-Indikatoren vgl. Anhang E).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass 50 % der Distrikt-Krankenhäuser im ganzen Land PBF einführten und der Abdeckungsgrad der Krankenversicherung landesweit über 90 % beträgt. Diese Ziel-Indikatoren lassen den formalen Schluss zu, dass das Programm erfolgreich war, sind jedoch zu ungenau, um die formulierten Komponenten-Ziele abzubilden. Inwieweit diese Ziele erreicht wurden, muss detaillierter erläutert werden:

Der Aufwärtstrend in den Abdeckungsraten der CBHI zeigt eine höchst positive Entwicklung in Richtung eines bedürfnis- und armutsorientierten Gesundheitssystems. Die Bewertung der Chancengleichheit im Gesundheitssystem, dem zweiten Aspekt des Komponentenziels, zeigt, dass finanzielle Zugangsbarrieren für die Ärmsten zwar gesenkt, die katastrophalen Kosten für Behandlung und CBHI-Beiträge jedoch auf höhere Versorgungs- und Einkommensebenen verlagert wurden. Vor dem stufenweisen Ausstieg 2010 haben die sozialen Fonds der deutschen EZ dazu beigetragen, diese Kosten in der Programmregion abzufedern und haben sich somit als effektives Instrument zur Erhöhung von finanzieller Zugänglichkeit und Nutzung von Gesundheitsdiensten erwiesen. Die Belege stützen, dass PBF zu besserer Dienstleistungsorientierung und mehr Leistung von Gesundheitsfachkräften führt. Gleichzeitig aber ist festzustellen, dass negative motivationale Nebenwirkungen und begrenzte Ressourcen reale Risiken darstellen, die sich negativ auf die Gesamt-Effektivität auswirken können.

Effizienz

Zwischen 2008 und 2012 stellte die deutsche EZ finanzielle Leistungen von insgesamt 2,24 Mio. EUR für Gesundheitsfinanzierung zur Verfügung, von denen 0,74 Mio. EUR auf zentraler Ebene an das MoH gingen und 1,5 Mio. EUR an Partner-Distrikte (Dok. 24). Diese Leistungen wurden ergänzt durch Personal-Bereitstellung in Form von einer internationalen technischen Beraterin und drei nationalen technischen Beratern für die fünf Programm-Distrikte.⁸⁷

PBF

Effizienz-Überlegungen stehen im Mittelpunkt von PBF, weil dieser Ansatz entwickelt wurde, um Schwachstellen im Input-Output-Verhältnis von Input-basierten Finanzierungsansätzen zu überwinden (vgl. Paul, 2009). *Systematic Reviews* von Gorter et al. (2013) und Oxman und Fretheim (2009) kommen jedoch zu dem Schluss, dass Effizienz zu den am wenigsten untersuchten Aspekten von PBF gehört. Die methodische Problemstellung für

⁸⁵ Laut MoH bestimmen schwache Leistungen in bestimmten Bereichen die für das nächste Jahr gesetzten Ziele und gestatten so eine gewisse Flexibilität, weil sie zwischen den Krankenhäusern bestehende Unterschiede in den verfügbaren Ressourcen berücksichtigen. Da diese Information während der Besprechung des Entwurfs zu diesem Bericht bekannt wurde, war es leider nicht möglich, diese strategischen Überlegungen und ihre Ergebnisse in dieser Evaluierung empirisch zu untermauern.

⁸⁶ Der erste Indikator wurde erreicht, der zweite nicht. Dies begründet die GIZ damit, dass durch Verzögerungen bei der Entwicklung eines Gesetzesrahmens für die Provinzkrankenhäuser eine Überprüfung der Indikatoren nicht möglich war (GIZ & KfW, 2012b). Siehe auch den Anhang zu den Programm-Indikatoren, Anhang E.

⁸⁷ Darüber hinaus war eine integrierte Fachkraft von CIM bei der SWAp-Koordinierungsstelle des MoH angesiedelt. Diese Beraterin war jedoch nicht in erster Linie mit Gesundheitsfinanzierung beschäftigt.

eine Effizienz-Bewertung im Rahmen von PBF besteht darin, alle Kosten, einschließlich derer für die Verwaltung und Verifizierung der Dienstleistung (d.h. Durchsetzung des Vertrags; vgl. Gorter et al., 2013), wie auch die durch *Gaming* und allgemeine Veränderungen im Management und Leistungsbereich entstandenen versteckten Kosten zu vergleichen.

Die Fortschrittskontrolle des ersten HSSP (GoR, 2008b, S. 22) ergab, dass PBF mit erheblichen finanziellen Kosten verbunden ist (ca. 1 USD pro Person und Jahr, gemäß einer MoH Projektion sogar bis zu 3 USD) sowie einem hohen Zeitbedarf für Supervision, Evaluierung und Buchhaltung. Insbesondere der Datenerfassungsprozess für die Buchprüfung und Verifizierung der Abrechnungen der Gesundheitsdienstleister scheint zu zentralisiert und entsprechend ineffizient zu sein (WHO, 2009b, S. 127). Ein von Kalk (2011) angeführter Schätzwert, dass die Festkosten ca. 50 % der Gesamtkosten für PBF in geographisch schwer zugänglichen Gebieten ausmachen, scheint im Vergleich zu der aktuellsten, dem Evaluierungsteam zugänglichen Zahl, die für das Jahr 2007 einen vertretbaren Betrag von 20 % nennt, zu hoch zu sein (WHO, 2009b, S. 127). Auf Distrikt-Ebene führten die Verzögerungen bei der Kostenerstattung für Gesundheitsdienstleister 2007 häufig zu Rückständen von bis zu drei Monaten (GoR, 2008b, S. 21). Eine SchlüsselinformantIn schätzte die Zeit, die für die Erfüllung aller PBF-Indikatoren pro MitarbeiterIn benötigt würde, auf Grundlage der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit für das Jahr 2008 grob auf ca. 3 – 4 Stunden pro MitarbeiterIn und Tag. Dies legt nahe, dass eine Erhöhung des Personalbestands um ca. 50 % erforderlich wäre, um die erhöhte Arbeitsbelastung durch PBF auszugleichen (Dok. 9). Diese nicht verallgemeinerbare, aber exemplarische Berechnung zeigt einige der versteckten Kosten des PBF. Dazu kommen weitere Kosten für Logistik und *Peer-Evaluatoren* von anderen Krankenhäusern, dem MoH oder DP.

Auch wenn es wenige verfügbare Belege für die Effizienz des ruandischen PBF-Ansatzes in Distrikt-Krankenhäusern gibt, werfen die vorgestellten Argumente die Frage auf, ob ein so ressourcenintensives Verfahren wie PBF (schon) effizient genug ist, um dem Problem der personellen Unterbesetzung entgegenzuwirken,

das es ursprünglich eigentlich adressieren sollte. Alternative Ansätze wie z. B. die Motivierung der MitarbeiterInnen durch eine allgemeine Erhöhung der Gehälter des Personals im Gesundheitssektor ohne Koppelung mit Leistungsanreizen sollten genauer untersucht werden.

CBHI

Das Sektorkonzept Soziale Sicherung des BMZ (BMZ, 2009e) betrachtet Effizienz als ein Leistungskriterium für Systeme sozialen Sicherung wie CBHI (vgl. auch Robyn et al., 2013). Ein Unterpunkt ist dabei die *Targeting*-Effizienz, d.h. das Ausmaß in dem Beitragszahler, die somit auch von Gesundheitsdiensten profitieren sollen, dies auch tatsächlich tun. Die hohen Mitgliedszahlen der CBHI weisen auf eine hohe *Targeting*-Effizienz hin – insbesondere angesichts der Tatsache, dass eine Übersichtsstudie feststellte, dass der Abdeckungsgrad anderer Versicherungssysteme in Niedrigeinkommensländern im Schnitt bei ca. 10 % liegt (Ekman, 2004, S. 253). Ein konsistentes Ergebnis der Vergleichenden Fallstudie war jedoch, dass die Falscheingruppierung in die *Ubudehe*-Kategorien (anhand derer CBHI-Beiträge und Eigenbeteiligungen festgelegt werden) sowohl seitens der Mitglieder als auch der MitarbeiterInnen der CBHI als ein häufig vorkommendes Problem gesehen wird, was wiederum auf weiteres, noch nicht genutztes Potential für die Steigerung der *Targeting*-Effizienz der ruandischen CBHI hinweist.

Den zweiten Unterpunkt zur Effizienz von Systemen der sozialen Sicherung stellt Transfer-Effizienz dar. Wenn Verwaltungs- und Transaktionskosten hoch sind, erreicht nur ein niedriger Prozentsatz der gepoolten Mittel zur Risikoabsicherung tatsächlich die vorgesehenen Empfänger (niedrige Transfer-Effizienz).⁸⁸ Eine Fortschrittskontrolle im Bereich der Gesundheitsfinanzierung im Jahr 2008 ergab, dass das Gesundheitsfinanzierungssystem aufgrund seiner Fragmentierung höchst ineffizient ist und nennt die Einführung einer sozialen Krankenversicherung in der Republik Korea als Beispiel dafür, dass die Gesamtkosten für die Verwaltung ähnlicher Systeme auf unter 10 % gesenkt werden können (WHO, 2009b). Angesichts der Einführung einer neuen Politik und der darauf folgenden Veränderungen weisen die

⁸⁸ Da die sozialen Fonds einen Mechanismus außerhalb des GoR-eigenen Finanzierungssystems darstellten, ist dieses BMZ-Prinzip nicht auf sie anwendbar. Die sozialen Fonds wurden aufgrund der mit geringem Input erzielten Ergebnisse allerdings als recht effizient beurteilt (INT EXP 16). Die für die Subventionierung der Behandlungskosten für ca. 1.300 Personen pro Jahr erforderlichen Mittel wurden auf ca. 40.000 EUR geschätzt (vgl. Dok. 27), was auf eine hohe Produktionseffizienz schließen lässt.

Ausgaben für die Betriebskosten der CBHI in Höhe von 15,27 % im Haushaltsjahr 2011/12 (MoH, 2012b) darauf hin, dass Ruanda sich auf gutem Wege zur Erhöhung der Transfer-Effizienz der CBHI befindet. Jedoch lassen Gespräche mit SchlüsselinformantInnen auf Distrikt-Ebene den Schluss zu, dass zeitnahe Kostenerstattungen ein Problem darstellen – insbesondere für Distrikt-Krankenhäuser. In der Konsequenz müssen Krankenhäuser die laufenden Kosten vorfinanzieren, wobei – laut eines Interviews – Beträge zwischen 1,5 und 2 Mio. RWF anfallen können.

Zusammenfassend betrachtet sind die Fragmentierung des ruandischen Gesundheitsfinanzierungssystems ebenso wie die – bisweilen – langen Verzögerungen bei der Kostenerstattung seitens der zentralen Ebene an die Distriktstrukturen systemische Herausforderungen für die Effizienz. Effizienzüberlegungen zu PBF können aufgrund nicht vorhandener, spezialisierter Forschung zur Quantifizierung zu zugrunde liegenden ressourcen-intensiven Prozesse (Planung, Verifizierung, Buchhaltung) und negativen Nebenwirkungen wie *Gaming* kaum erschöpfend sein. Die verfügbaren Zahlen weisen auf eine ausreichende Effizienz hin, wenn diese als Anteil der Festkosten gemessen wird (Produktionseffizienz). Es ist nicht möglich, Überlegungen zur Allokationseffizienz anzustellen, da die Gangbarkeit alternativer Ansätze (allgemeine Anhebung der Gehälter, nicht-monetäre Ansätze) nicht überprüft werden konnte. Der hohe Abdeckungsgrad von CBHI und die Politikreform von 2010 (beide durch deutsche Beiträge unterstützt) weisen darauf hin, dass die *Targeting*-Effizienz hoch ist und Verbesserungen hinsichtlich der Transfer-Effizienz an Boden gewinnen.

Nachhaltigkeit

Hinsichtlich CBHI ist das Prinzip des Risikopoolings der Schlüssel zu finanzieller Nachhaltigkeit: Je größer die Gruppe der Versicherten ist, umso besser ist die Verteilung des Risikos und somit umso niedriger für jedes einzelne Mitglied (GTZ, 2005). Aus politischer Sicht weist das ruandische System verschiedene Vorteile auf: Die gesetzliche Versicherungspflicht (GoR, 2008a) und die hohe Abdeckung durch CBHI können ein solches Risikopooling über alle ökonomischen Schichten hinweg begünstigen und folglich adverser Selektion entgegenwirken, die zu

Hochrisiko-Pools führt. Darüber hinaus hat die neue CBHI-Politik die Fundamente für die Überwindung des regressiven Systems einer Kopfpauschale zugunsten eines Systems mit besserer Chancengleichheit gelegt (MoH, 2010a).

Aus empirischer Sicht stellt die finanzielle Nachhaltigkeit der CBHI immer noch ein Problem dar. Das ruandische Versicherungssystem ist fragmentiert: Ungefähr 91 % der ruandischen Bevölkerung ist krankenversichert; davon entfallen 85 % auf die CBHI, während die anderen Prozentpunkte auf Versicherungen für die Bediensteten im öffentlichen Dienst und das Militär entfallen. Während es nun Mechanismen zur Querfinanzierung des nationalen CBHI-Risiko-Pools aus diesen Quellen und externen Mitteln gibt (MoH, 2010b), reicht die Funktionalität des Mechanismus nicht aus: Der nationale Risiko-Pool schloss das Haushaltsjahr 2011/12 mit einem Defizit von 247 Mio. RWF, der Risiko-Pool auf Distrikt-Ebene mit einem Defizit von 306 Mio. RWF ab. Auf Sektor-Ebene wurden jedoch alle Ausgaben gedeckt (Rechnungen der Dienstleister, Betriebskosten und Transfer von 45 % der eingenommenen Beiträge an die Distrikt-Ebene) (MoH, 2012b). Weitere, in der Situationsanalyse für HSSP III erkannte Probleme waren der Mangel an Personal und an Managementkapazitäten in der für die Gesundheitsfinanzierung zuständigen Stelle des MoH und auf dezentraler Ebene, ebenso wie das Fehlen eines Systems zum horizontalen Ausgleich der Ungleichheiten zwischen armen und reichen Distrikten oder Sektionen. Man könnte noch hinzufügen, dass das neu eingeführte Roaming dieses Problem verschärfen könnte.

Während im Jahr 2006 die Haushalte 70 % der CBHI finanzierten (Geber: 13 %, Regierung: 9 %. Privatunternehmen: 8 %; GoR & MoH, 2008) beläuft sich der gegenwärtige, durch Mitgliedsbeiträge und Eigenbeteiligungen finanzierte Anteil auf insgesamt 60 % der CBHI-Mittel für das Haushaltsjahr 2011/2012 (Regierung: 21 %, GFATM: 11 %; andere: 8 %; MoH, 2012b). Aufgrund dieser ungelösten Probleme und der immer noch erhebliche Anteil an Mittel, der seitens der DP und der GoR bereitgestellt wird (der Anteil der GoR enthält auch DP-Unterstützung als Budgethilfe) macht deutlich, dass eine Fortführung der externen Unterstützung des ruandischen sozialen Sicherungssystems

weiterhin erforderlich bleibt (vgl. IHP+, 2012) und wie wenig nachhaltig das CBHI-System (gegenwärtig) ist.

Hinsichtlich der von der deutschen EZ eingerichteten sozialen Fonds zur Unterstützung der im CBHI-Ansatz nicht berücksichtigten Ärmsten ist die Nachhaltigkeit als gering zu bewerten: Die sozialen Fonds sind nicht als sich selbst tragende Strukturen eingeführt worden, sondern mit dem vordringlichen Zweck, Probleme der Chancengleichheit zu entschärfen. Trotzdem diskutierte die deutsche EZ in dem JADF 2010 eine stufenweise Übergabestrategie auf Distrikt-Ebene. Dabei kam auch zur Sprache, wie man Einnahmen für arme Schichten schaffen könnte und wie die Distrikte soziale Fonds in ihren strategischen Planungen budgetieren könnten (Dok. 27, vgl. auch B.3.7). Die Vergleichende Fallstudie ergab jedoch, dass der Common Development Fund⁸⁹ zum Teil die Funktionen der sozialen Fonds übernommen hat, jedoch nicht über genügend Mittel verfügt, um die vorher abgedeckten Lücken zu schließen.

Ein kürzlich erschienener *Systematic Review* zu PBF im Gesundheitssektor ergab, dass Nachhaltigkeit – neben Effizienz – einer der am wenigsten erforschten Aspekte der ergebnis-orientierten Finanzierung ist (Gorter et al., 2013; Oxman & Fretheim, 2009 kamen zu einem ähnlichen Schluss). Dies behindert die Bewertung der finanziellen Nachhaltigkeit von PBF aufgrund früherer Erfahrungen.

Die Beendigung der deutschen Unterstützung Mitte 2011 für das PBF-System im Krankenhaus von Ruhengeri führte zu finanziellen Verlusten für die Krankenhaus-MitarbeiterInnen (INT EXP 20). Da die Zahlungen über PBF durchschnittlich 45 % oder mehr eines Monatsgehalts ausmachten (WHO, 2009b, S. 119 – 120) (und diese Unterstützung von außen die Motivationslücke zu hochqualitativen Gesundheitsdiensten schließen sollte), sollte die Nachhaltigkeit der Ergebnisse der PBF-Unterstützung in Ruhengeri vorsichtig beurteilt werden. Im Zusammenhang mit dem stufenweisen Ausstieg der deutschen Zusammenarbeit berichten Krankenhaus-MitarbeiterInnen und Management-Ebene von Problemen, PBF weiterführen zu können, und von allgemein reduzierten Mitteln zur Bewältigung von Abläufen der Wartung,

Ausrüstung und Einstellung von MitarbeiterInnen. Sie berichten allerdings nicht, dass ihre eigene Motivation oder Leistung darunter gelitten hat (Vergleichende Fallstudie; INT RP 30).

Paradoxerweise könnte das größte Risiko für die Nachhaltigkeit der Wirkungen von PBF aus einer weiteren Reform im Gesundheitssektor herrühren: Aufgrund der zunehmenden Abdeckung durch und Nutzung von CBHI sind die Gesundheitsdienstleister noch stärker belastet (Vergleichende Fallstudie; Paul, 2009). Der komplexe und ressourcen-intensive Evaluierungs- und Verifizierungsprozess erfordert weiterhin immer noch externe Ressourcen – 40 % des PBF-Budgets im Haushaltsjahr 2011/12 (MoH, 2012a, S. 58). Insbesondere in den Bereichen HIV/AIDS und Tuberkulose ist PBF stark abhängig von externen Mitteln (vgl. IHP+, 2012). PBF mag Personalressourcen stabilisieren und Effizienz maximieren, jedoch kann der Ansatz weder Personallücken füllen noch eine Lösung für ressourcen-bedingte Ungleichheiten zwischen den Einrichtungen bieten.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die zusammengetragenen Belege den Schluss zulassen, dass die Nachhaltigkeit aufgrund der hohen Abhängigkeit von externen Mitteln unter den DAC-Kriterien als die „Schwachstelle“ betrachtet und als niedrig gewertet werden sollte. Die jüngsten politischen und gesetzlichen Reformen (teils mit Beiträgen der deutschen EZ), in Verbindung mit einem großen Anteil an erbrachten Versicherungsbeiträgen durch die Mitglieder, versprechen jedoch langfristig eine positive Entwicklung der Nachhaltigkeit der CBHI. Die sozialen Fonds der deutschen EZ haben sich als eher nicht nachhaltig erwiesen, da sie nicht als sich selbst tragende Langzeit-Strukturen konzipiert waren. Teilweise wurden ihre Funktionen durch ruandische Strukturen übernommen, wobei allerdings ungedeckte Lücken geblieben sind. Da die deutsche Unterstützung für PBF auf Distrikt-Ebene zu Rückschlägen bei der Wartung und Personalsituation geführt hat, hat sich der deutsche Beitrag zu PBF als eher nicht nachhaltig erwiesen.

⁸⁹ Träger des Common Development Fund (CDF) ist der Staat (über das MINALOC). Sein Ziel ist die Unterstützung der Entwicklung auf dezentraler Ebene (MINALOC, 2008).

3.3.3 Komponente 2: Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Sexuelle und reproduktive Gesundheit im ruandischen Gesundheitssystem

Hohe Bevölkerungsdichte, starkes Bevölkerungswachstum wie auch die Verbreitung von HIV und STI bestimmen die ruandische Strategie zu sexueller und reproduktiver Gesundheit sowie der Familienplanung. Einerseits kann Bevölkerungswachstum als eine der wesentlichen Herausforderungen für die wirtschaftliche, soziale und umweltbezogene Entwicklung im Verhältnis zur Verfügbarkeit von landwirtschaftlichen Nutzflächen, natürlichen Ressourcen und Nahrungsmittelsicherheit gesehen werden, da über 80 % der Bevölkerung ihr Haupteinkommen aus der Subsistenz-Landwirtschaft beziehen (Sommers & Uvin, 2011). Andererseits ist Familienplanung ein sensibles Thema in Ruanda, nachdem Millionen Ruander im Zuge des Bürgerkriegs und des Genozids Angehörige und Freunde verloren haben (Muhoza et al., 2013; Schindler & Brück, 2011; Solo, 2008). Dementsprechend wurde dem Thema Familienplanung in der ruandischen Gesundheitsstrategie zunächst keine Priorität eingeräumt, bis es zwischen 2000 und 2005 wieder relevant wurde, als in den *Demographic and Health Surveys* (NISR & ORC Macro, 2006) eine von 5,8 auf 6,1 gestiegene Gesamtfertilitätsrate festgestellt wurde. Gleichzeitig waren auch die HIV-Bekämpfungs-Strategien wieder mehr in das Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt, da die Prävalenzraten durch den Bürgerkrieg angestiegen und bis 2005 hoch geblieben waren. Bis zum Jahr 2005 stabilisierte sich die HIV-Prävalenz schließlich bei 3 % der Gesamtbevölkerung.

Heute ist die Förderung und Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit ein strategisches Kernthema in der ruandischen Gesundheitsarchitektur. Reproduktive Gesundheit, Familienplanung und Mutter-Kind-Gesundheit stehen im Zusammenhang mit den meisten wesentlichen Zielen der EDPRS, Vision 2020 und den Millennium-Entwicklungszielen. Der Bereich Müttergesundheit legt den Schwerpunkt auf Senkung der Morbidität und Mortalität von Müttern. Familienplanung ist weiterhin oberste Top-Priorität in Ruanda, um das ehrgeizige, selbstgesteckte Ziel der Senkung der Fertilitätsrate zu erreichen. Darüber hinaus gehören zur SRH-Strategie Bereiche wie die

Prävention und Bekämpfung von STI, HIV/AIDS und Tuberkulose. Damit spricht SRH einige der Hauptprobleme im ruandischen Gesundheitssystem an und ist hochrelevant für eine verbesserte soziale und wirtschaftliche Entwicklung.

Die Ziele und Strategien von SRH in Ruanda wurden durch die GoR in HSSP I, II und III beschrieben (GoR, 2005b; GoR & MoH, 2012, 2009). Innerhalb der SWAp-Architektur zielen gemeinsame Bemühungen im Bereich SRH darauf ab, die Morbiditätsrate, Säuglingssterblichkeit und Müttersterblichkeit durch verbesserten Zugang zu qualitativ hochwertigen Gesundheitsdiensten im Bereich der reproduktiven Gesundheit zu senken sowie Gerechtigkeit und Chancengleichheit unter Frauen und Männern zu erreichen (GoR, 2005a). Hinsichtlich HIV und STI lautet das Ziel, die Ansteckungsraten zu senken und die persönlichen Auswirkungen von HIV zu mildern. HSSP I enthält sechs Prioritätsbereiche für reproduktive Gesundheit, darunter (1) sichere Mutterschaft und Säuglingsgesundheit, (2) Familienplanung, (3) HIV- und STI-Prävention und -Behandlung, (4) reproduktive Gesundheit bei Jugendlichen, (5) Prävention von und Behandlung nach sexueller Gewalt, (6) sozialer Wandel für die Stärkung der Rolle von Frauen (GoR, 2005b). Der in HSSP I vorgeschlagenen multisektoralen Ansatz umfasste die Integration der sechs Prioritätsbereiche, effiziente Monitoring- und Evaluierungssysteme, Gleichberechtigung der Geschlechter und Menschenrechte sowie eine Stärkung des gesamten Gesundheitssystems, um Menschen mit HIV bessere Behandlungsmöglichkeiten zu bieten. HSSP I legte einen weiteren Schwerpunkt auf SRH durch die Einbeziehung von Familienplanung und Mutter-Kind-Gesundheit als oberste Prioritäten (GoR & MoH, 2009). Diese Prioritäten werden auch besonders in der ruandischen EDPRS hervorgehoben, die sich an Themen wie Bevölkerungswachstum, Säuglingssterblichkeit und Familienplanung durch Qualitätsverbesserung bei der Gesundheitsversorgung und Aufklärungsarbeit, insbesondere für Mädchen (GoR & MoH, 2007; MINECOFIN, 2011a), orientiert.

Die Komponente zu sexueller und reproduktiver Gesundheit im ruandisch-deutschen Gesundheitsprogramm

Theory of Change

Die in HSSP I formulierten und oben vorgestellten SRH-Prioritäten wurden zu den Handlungssträngen der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit unter dem Dach der SRH-Komponente (Anhang D). Das übergeordnete Komponenten-Ziel war es, zur Verbesserung aller Aspekte der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Familienplanung beizutragen (Impact) (Dok. 45). Dabei konzentrierten sich die SRH-Maßnahmen ausdrücklich auf die Impact-Indikatoren des SWAp, darunter die Gesamtfertilitätsrate, die HIV/AIDS-Prävalenzrate und die Säuglingssterblichkeitsrate (vgl. Anhang E).

Auf nationaler Ebene konzentrierte sich die deutsche EZ auf die Unterstützung der nationalen Richtlinien und Strategien, insbesondere in den Bereichen Fertilität, HIV/AIDS und Mutter-Kind-Gesundheit (Input), um zu dem Gesamtziel der Komponente beizutragen. Die Maßnahmen zielten darauf ab, den Implementierungsprozess (Output) bei der Verbesserung von Koordinierung und Organisation kurativer und präventiver SRH-Dienste (Outcome) zu unterstützen (vgl. Anhang D).

Auf dezentraler Ebene konzentrierte sich die deutsche EZ auf die technische und finanzielle Unterstützung der Distrikt-Gesundheitseinrichtungen und der Stärkung von Gemeinde-Gesundheitssystemen in den Bereichen Fertilität, HIV/AIDS und Mutter-Kind-Gesundheit, aber auch Tuberkulose, Malaria und Tropenkrankheiten (Input). Darüber hinaus wurden Strategien zur Prävention von und Reaktion auf geschlechtsspezifischer Gewalt unterstützt. Ein weiterer bedeutender Handlungsstrang im Bereich SRH war die Unterstützung des sozialen Marketings von Kontrazeptiva durch den Privatsektor. In der späteren Phase der Zusammenarbeit wurde ein besonderer Schwerpunkt auf sexuelle und reproduktive Gesundheit bei Jugendlichen gelegt. Alle SRH-Maßnahmen auf Distrikt-Ebene konzentrierten sich auf die Bereitstellung von Dienstleistungen in den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen und den Gemeinden (Output), um die Nutzung dieser Dienste zu erhöhen (Outcome) (Anhang D). Ab 2004 waren die Hauptindikatoren auf Outcome-Ebene

die allgemeine Prävalenzrate für Kontrazeptiva (*Contraceptive Prevalence Rate*; CPR), Nutzungsraten für Kondome für Männer – insbesondere unter Jugendlichen – wie auch das Wissen der Zielgruppen zu SRH und HIV/AIDS (Anhang E).

Implementierung

Zwischen 2004 und 2012 trug die deutsche EZ sowohl auf nationaler als auch auf dezentraler Ebene zu SRH bei. Auf nationaler Ebene stellten die TWGs technische Unterstützung für Strategien und nationale Pläne in den Bereichen Familienplanung, sexuelle und reproduktive Gesundheit bei Jugendlichen und geschlechtsspezifische Gewalt bereit. In allen drei Arbeitsgruppen hatte die deutsche EZ zeitweise den stellvertretenden Vorsitz inne. Weiterhin trug die deutsche EZ aktiv zum *County Coordinating Mechanism* bei. Über die Maßnahmen in der ToC des Programms hinaus wurden gemeinsame Anträge beim GFATM für verschiedene Zuschüsse in den Bereichen HIV, Tuberkulose und Malaria unterstützt. Zwischen 2004 und 2012 wurden 19 Anträge verfasst, hauptsächlich durch Unterstützung der durch das BMZ finanzierten BACKUP-Initiative (Dok. 21). Der deutsche Beitrag zum GFATM und der BACKUP-Initiative geht jedoch über den Rahmen dieser Evaluierung hinaus und ist daher nicht Teil der folgenden Analyse.

Auf dezentraler Ebene setzte die deutsche EZ ihre langfristige Unterstützung von verschiedenen Ebenen der ruandischen Gesundheitsdistrikte fort, darunter Aktivitäten an verschiedenen Referenzkrankenhäusern, Distriktkrankenhäusern, Gesundheitszentren und Gemeinden. Der Hauptansatz konzentrierte sich auf das Training von Gesundheitspersonal mit Schwerpunkt auf Dienstleistungen durch DED/GIZ-EntwicklungshelferInnen und eine integrierte Fachkraft (CIM), der an relevanten SRH-Themen wie Neonatal-Diensten und Mutter-Kind-Gesundheit arbeitete. In den Bereichen sexuelle und reproduktive Gesundheit von Jugendlichen und geschlechtsspezifische Gewalt stellte die deutsche EZ Unterstützung für die multisektoralen Bemühungen durch DED/GIZ-EntwicklungshelferInnen in Musanze, Huye, Nyaruguru und Gisagara bereit. Die BeraterInnen wurden 2011 durch nationale technische Berater ersetzt, die bis zum deutschen Ausstieg durch deutsche Kurzzeit-BeraterInnen unterstützt

wurden. Die technischen Berater arbeiteten mit Jugendzentren, *Peer Educators* und dem Privatsektor.

Kasten 13. GesundheitsarbeiterInnen in den Gemeinden (CHWs)

Das Konzept der GesundheitsarbeiterInnen in den Gemeinden (*Community Health Workers*, CHWs) besteht darin, Basisgesundheitsversorgung für die Gemeinde zu leisten. CHW sind Einheimische der Gemeinde, in der sie tätig sind. In den meisten Ländern werden CWH durch die Gemeinden gewählt und mit klar definierten Rollen und Aufgaben betraut. CWH werden durch das Gesundheitssystem unterstützt, ohne jedoch formaler Teil dessen zu sein und durchlaufen eine kürzere Ausbildung als professionelle Fachkräfte (Lehmann & Sanders, 2007). In Ruanda sollen CHW die Lücke zwischen dem Bedarf der Gemeinden an Gesundheitsdiensten und der begrenzten Kapazität an ruandischem Personal für das Gesundheitswesen schließen (Mugeni et al., 2011). Heute hat Ruanda mehr als 45.000 CWH in den Dörfern, die auch SRH- und Familienplanungs-Dienste leisten (MoH, 2012c).

Mit Unterstützung der deutschen EZ wurden Familienplanungsdienste auf die Ebene der Gesundheitszentren und Gemeinden ausgeweitet. Gesundheitszentren stellten feste MitarbeiterInnen ein und die Aktivitäten wurden mit der ruandischen CHW-Strategie koordiniert (vgl. Kasten 13). Die deutsche EZ unterstützte die CHW, um inhaltliche Verbindungen und Komplementaritäten zwischen den Förderbereichen der deutschen EZ, wie ASRH und geschlechtsspezifische Gewalt (GBV), und den ruandischen Strategien auf Gemeinde-Ebene herzustellen. Einige CHW bieten auch Familienplanungs-Dienste, einschließlich der Bereitstellung von Kontrazeptiva, an (IHP+, 2011).

Kasten 14. *Peer Educators*

Peer Educators sind Teil des gemeindebasierten Gesundheitssystems. Das Konzept der *Peer Education* zielt darauf ab, gemeindebasierte Vertriebsnetze für Basisgesundheitsversorgung und jugendfreundliche Dienstleistungen im Bereich SRH einzurichten. In Ruanda werden junge *Educators* durch die örtlichen Gesundheitszentren ausgewählt und in SRH und Kommunikationsmethoden fortgebildet. Es werden Teams aus jeweils einem weiblichen und einem männlichen *Educator* gebildet, um unter Supervision der Gesundheitszentren ihren Altersgenossen in der Gemeinde SRH-Angebote näherzubringen. Dazu nutzt das System der *Peer Education* partizipative Methoden wie Sport- oder Theaterveranstaltungen.

Die deutsche EZ unterstützte auch das nationale Konzept der *Peer Educators* (vgl. Kasten 14), eine Strategie, die hinsichtlich der Bereitstellung von Diensten auf Gemeinde-Ebene erhebliche Aufmerksamkeit erregte (Dok. 43). Insgesamt wurden mehr als

1.600 *Peer Educators* in den Programmdistrikten der deutschen EZ ausgebildet (GIZ & KfW, 2012). Für das Training der *Peer Educators* kam das Trainings-Handbuch der GIZ zu ASRH als nationales Referenzdokument zum Einsatz. Somit ergänzten die *Peer Educators* die Strategie des sozialen Marketings, zu dem die Bereitstellung von Gesundheitsdiensten wie zum Beispiel der Vertrieb von Kontrazeptiva durch den Privatsektor in örtlichen Läden, Kiosks und Gesundheitszentren gehört.

Kasten 15. Soziales Marketing

Soziales Marketing im Gesundheitswesen bedeutet die Anwendung von Marketingstrategien zur Förderung der öffentlichen Gesundheit und von Verhaltensänderungen. Der Ansatz bedient sich kommerzieller Marketingtechniken, um für öffentliche Güter zu werben, z.B. die Vermeidung von Schwangerschaften oder STIs. Im Bereich der Pharmazie kann soziales Marketing verwendet werden, Generika als Marken auf kulturelle Werte und ästhetische Standards einer Zielgruppe vor Ort anpassen. Die Subventionierung von Produkten wie Kontrazeptiva soll bewirken, dass auch Personen mit geringem Einkommen diese bezahlen können. Auf diese Weise soll die Lücke zwischen kostenlosen Medikamenten im öffentlichen Sektor und kommerziellen Medikamentenpreisen geschlossen werden. Soziales Marketing benutzt kommerzielle und NGO-Vertriebskanäle als alternative Quelle zur Bereitstellung durch den öffentlichen Sektor. Je nach Produkt kann es sich dabei um Handelskanäle für Pharmazeutika (Hormonprodukte) oder kurzlebiger Verbrauchsgüter (Kondome) handeln. Neben der Bewerbung ihrer Markenprodukte durch verschiedene Medien bedient sich soziales Marketing auch moderner, ausgefeilter Kommunikationsmethoden, um Wissen, Einstellung und Verhalten der Kunden durch „generische Kommunikation“ zu beeinflussen.

Eine der herausragenden Strategien in der Komponente zu SRH war die Unterstützung von sozialem Marketing im Privatsektor (vgl. Kasten 15) über die internationale NGO Population Services International Rwanda. In Phase II und Phase III (1996 – 2012) wurde soziales Marketing durch die finanzielle Zusammenarbeit der KfW mit einer Gesamtinvestition von 14,4 Mio. EUR unterstützt, von denen 43 % (6,25 Mio. EUR) in dem SWAP-Zeitraum ausgegeben wurden. Ab den späten 1990ern führte die inhaltliche Verknüpfung des Basisgesundheitskonzepts mit HIV/AIDS zu einer Erweiterung der HIV-Prävention auf einen breiteren Ansatz. Die finanzielle Unterstützung wurde für die Subventionierung kontrazeptiver Methoden, die Schaffung und Vermarktung kontrazeptiver Marken, die Einrichtung und Erweiterung des privaten Vertriebsnetzes, die Durchführung von Aufklärungskampagnen, Durchführung von Verbraucherstudien,

Training von Gesundheitspersonal und Deckung der Festkosten aufgewendet. Der deutsche EZ Ansatz für soziales Marketing zielte darauf ab, den Zugang zu Kontrazeptiva durch moderne Marketing-Methoden zu verbessern und so Verhaltensänderungen bei der ruandischen Bevölkerung zu bewirken.

Da SRH einige Kernaspekte des ruandischen Gesundheitssystems abdeckt, darunter auch vertikale Programme zur HIV-Bekämpfung, trugen verschiedene andere Akteure zwischen 2004 und 2012 zu dieser Komponente und damit zur Unterstützung der nationalen Pläne bei: das *Joint United Nations Program on HIV/AIDS* (UNAIDS) sowie USAID, der GFATM im Bereich des sozialen Marketings, der *United Nations Fund for Population Activities* (UNFPA) und die Organisation *Family Health International* (INT SRH 26, 27, 28, 30, 32, G INT SRH 4, 23).

Relevanz

Eine hohe Bevölkerungsdichte in Verbindung mit hohen Fertilitätsraten und einem immer noch kritischen Ausmaß der Säuglings- und Müttersterblichkeit zur Zeit der gemeinsamen Programmbildung belegt die hohe Gesamtrelevanz von Maßnahmen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und Familienplanung. Daher wurde die Komponente zu sexueller und reproduktiver Gesundheit als umfassende Strategie aufgesetzt, die sich auf ruandische und deutsche Sektor-Strategien zu allgemeinen Gesundheits- und Menschenrechtsprinzipien ausrichtet (BMZ, 2009a, 2013; GoR, 2005a; GoR & MINECOFIN, 2000).

Gemeinsam mit anderen Entwicklungspartnern trug die deutsche EZ zu der Erarbeitung einer nationalen Strategie für Familienplanung bei, einschließlich Richtlinien zur Integration von Familienplanung in allgemeinen Gesundheitsdiensten und der Schaffung von Partnerschaften unter öffentlichen und privaten Gesundheitsdienstleistern (G INT SRH 3, G INT SRH 1, INT SRH 26, G INT SRH 31). Schließlich wurde die *National Policy on Family Planning* (2006–2010) verabschiedet und implementiert. Im Zuge dieses Prozesses wurde Familienplanung zu einem Schwerpunkt der ruandischen Gesundheitsstrategie und behielt diese Relevanz auch, wie aus dem jüngsten *Family Planning Strategic Plan* 2012–2016 (MoH, 2012c) zu ersehen ist. Während des

Implementierungsprozesses trug die deutsche EZ erkennbar zur Integration von Familienplanung auf der Ebene der Gemeinden durch die Unterstützung von Jugendzentren, *Peer Educators*, Schulen und Universitäten bei (Westhoff, 2013). Während Familienplanung in der nationalen Strategie zur Armutsminderung noch ein vernachlässigtes Thema gewesen war, wurde sie zu einem herausragenden Element in der Folgestrategie (EDPRS), indem sie das Bewusstsein dafür schärfte, dass zwischen Familienplanung und Armut ebenso Verbindungen bestehen wie zwischen Familienplanung und der Reaktion auf HIV/AIDS.

Gleichzeitig entwickelte sich die Bekämpfung von HIV im Einklang mit ruandischen und deutschen Gesundheitsprioritäten zu einer wichtigen Strategie (BMZ, 2009a, 2012c; Dok. 45; GoR, 2005a). Auf nationaler Ebene konzentrierten die Beiträge der deutschen EZ auf die Unterstützung der TWG, durch welche zwischen 2001 und 2012 drei Nationale Strategiepläne zu HIV/AIDS entwickelt worden sind (G INT SRH 3, G INT SRH 1, INT SRH 26, G INT SRH 31). Der Beitrag zu den nationalen Plänen wurde ebenfalls von anderen relevanten Strategien unterstützt wie z. B. den *AIDS Poverty Impact Reviews*, Studien zur Auswirkung von AIDS auf die Armut, welche 2007 durch alle Sektoren hindurch durchgeführt worden waren und zu intensiven Konsultationen und voller Integration der HIV/AIDS Strategien in EDPRS und Vision 2020 geführt hatten. Die Festlegung von Prioritäten im Zuge der EDPRS führte auch zu der Integration der vorher vertikalen Programme zu SRH, Familienplanung und HIV-Prävention, welche dann die Hauptpfeiler der SRH-Komponente in dem gemeinsamen Gesundheitsprogramm bildeten. Zwischen diesen Pfeilern gab es eine Verschiebung der Prioritäten von den Strategien der deutschen EZ weg von HIV-Prävention hin zu SRH allgemein und Familienplanung insbesondere aufgrund vielversprechender epidemiologischer Daten, neuer Behandlungsarten wie antiretrovirale Therapie und der Verfügbarkeit von Mitteln aus vertikalen HIV/AIDS-Programmen.

Im Hinblick auf den hohen prozentualen Anteil junger Menschen an der ruandischen Gesamtbevölkerung und der Bedeutung dieses Bevölkerungssegments für die sozio-ökonomische und demographische Entwicklung wurden Jugendliche zu einer

wichtigen Zielgruppe im Bereich SRH. Auf politischer Ebene trug die deutsche EZ zu Ruandas erster nationaler Politik und einem Nationalen Strategieplan für Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte Jugendlicher bei (2011–2015). Die deutsche EZ unterstützte das MoH dabei durch Übernahme des stellvertretenden Vorsitzes der 2010 eingerichteten TWG ASRH, zu deren anspruchsvollen Aufgaben es gehörte, verschiedene Ministerien, darunter Gesundheit, Jugend, Familienförderung und Gender, zu koordinieren. Politik und Plan wurden mit allen Partnern in der TWG abgestimmt (G INT SRH 1, 7, 10, 14, 18, 21, 23, 26). Die deutsche EZ unterstützte diesen Prozess durch technische Unterstützung und Sensibilisierungsarbeit. Darüber hinaus trug die deutsche EZ zu der Erstellung eines nationalen ASRH-Trainingshandbuches für Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen bei und unterstützte die nationalen technischen Berater und PSI auf dezentraler Ebene. Die ASRH-Strategie ist sowohl aus der Gesundheits- als auch der Menschenrechtsperspektive von hoher Relevanz, da sie eine Reihe geschlechts- und altersspezifischer Ziele enthält. Der Beitrag ist auch deshalb bedeutend, weil widerstreitende Positionen, z. B. von der katholischen Kirche und seitens traditioneller Führer, berücksichtigt wurden. Nationale Medienkampagnen hoben das starke Engagement der ruandischen Regierung für die ASRH Strategien besonders hervor (Westhoff, 2013).

Ein weiterer, für den Gesundheitsstatus der ruandischen Bevölkerung wie auch für die sozio-ökonomische Entwicklung und den Aspekt der Menschenrechtsnormen kritischer Bereich ist geschlechtsspezifische Gewalt (*Gender-Based Violence*; GBV), die in der Post-Konflikt-Phase dramatisch zunahm und auch heute noch ein drängendes Thema darstellt (IHP+, 2011). Daher nahm dieses Thema bald einen vorrangigen Platz in einer von der deutschen EZ unterstützten multi-sektoralen Arbeitsgruppe ein. GBV ist ein Querschnittsthema, das auch von den Ministerien für Bildung, Jugend und Sport, Familie und Gender sowie dem Innen- und Justizministerium bearbeitet wird. Auch wenn die geschlechtsspezifische Gewalt im Rahmen der Vertiefungsphase dieser Evaluierung nicht detailliert untersucht wurde, kann festgestellt werden, dass 2011 eine multi-sektorale Politik zu GBV erarbeitet wurde, zu der die deutsche EZ durch

Sensibilisierungs- und Informationsarbeit sowohl auf dezentraler als auch zentraler Ebene einen Beitrag leistete. Jedoch ergab die Fortschrittskontrolle 2011, dass GBV noch keine Prioritätsmaßnahme auf dezentraler Ebene ist (IHP+, 2011).

Zur Erreichung der zu SRH formulierten Ziele stellte der politische Rahmen von HSSP I und HSSP II die Bedeutung des Zugangs zu qualitativ hochwertigen Gesundheitsprodukten wie modernen Verhütungsmitteln heraus. Während die Nutzung von Gesundheitsdiensten über das letzte Jahrzehnt hinweg bemerkenswert zugenommen hat, weisen Studien allerdings immer noch auf eine ungedeckte Nachfrage und somit auf unzureichenden Zugang zu qualitativ hochwertigen Gesundheitsdiensten hin (Solo, 2008). In den ersten Programmen der deutschen EZ zu HIV-Prävention und sozialem Marketing war die sexuell aktive Bevölkerung die Zielgruppe. Besondere Aufmerksamkeit erfuhren dabei Höchststrisiko-Gruppen wie LKW-Fahrer, Militärangehörige und Prostituierte. Während der Umsetzung des Vorhabens „Basisgesundheitsversorgung und HIV/AIDS-Bekämpfung I und II“ lag der Schwerpunkt auch auf der Landbevölkerung und Frauen im gebärfähigen Alter, bevor die Aufmerksamkeit sich dann stärker auf die Gruppe der Jugendlichen konzentrierte.

Um die Abdeckung durch Gesundheitsdienste zu erhöhen und Disparitäten im Zugang zu Gesundheitsdiensten zu verringern, unterstützte die deutsche EZ Strategien sowohl des öffentlichen als auch des privaten Sektors. Der aktuelle *Strategic Plan on Family Planning* (2012–2016) unterstreicht die Relevanz dieser Strategie und hebt das Ziel der weiteren Verbesserung von Familienplanungsdiensten des öffentlichen und privaten Sektors hervor (MoH, 2012c). Das MoH will daher die Beteiligung des Privatsektors als nachhaltige Finanzierungsalternative zu den enormen und ständig steigenden Kosten für Verhütungsmittel erhöhen, um auf diese Weise die Inanspruchnahme von und den Zugang zu Familienplanungsdiensten auszubauen. Während angedacht war, dass 60 % aller Verhütungsmittel 2015 durch den Privatsektor bereitgestellt werden sollen, besagen Schätzungen, dass dieser Anteil 2012 immer noch bei weniger als 5 % liegt, was auf enorme Herausforderungen für die Entwicklung des Privatsektors über die nächsten Jahre hinweist (MoH, 2012c). In diesem

Zusammenhang befürwortet der jüngste *Strategic Plan on Family Planning* eine umfassende Privatsektor-Strategie für soziales Marketing wie auch eine Analyse, inwieweit CBHI und private Krankenversicherungen die Bereitstellung von Verhütungsmitteln fördern können.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Unterstützung der deutschen EZ im Bereich SRH die Prioritäten sowohl der ruandischen als auch der deutschen Regierung abbildete und sich vollständig auf die gesetzten Ziele in den Bereichen allgemeiner Gesundheit und Menschenrechtsprinzipien ausrichtete. Die starke Ausrichtung der deutschen EZ auf nationale Prioritäten und die Berücksichtigung der vorherrschenden landestypischen Eigenheiten führten zu einer hohen Akzeptanz der Prioritäten und Maßnahmen der deutschen EZ durch Partnerorganisationen und Zielgruppen. Der Mehrebenen-Ansatz und Fokus auf sowohl den öffentlichen wie auch den Privatsektor waren geeignet, die jeweiligen Zielgruppen und gesetzten Ziele zu erreichen. Jedoch wurde durch die technische und finanzielle Unterstützung nicht erreicht, die Rolle des Privatsektors bei der Bereitstellung von Kontrazeptiva und Informationsdiensten in einem Umfeld zu stärken, in welchem dem MoH weiterhin eine wesentliche Rolle zukommt. Eine weitere Stärkung des Privatsektors würde den Prioritäten der ruandischen Regierung entgegenkommen und dazu beitragen, die Kosten für den öffentlichen Sektor künftig zu senken.

Effektivität

Die Gesamteffektivität des Beitrags der deutschen EZ zu SRH resultiert aus den gemeinsamen Anstrengungen auf nationaler und dezentraler Ebene. Auf nationaler Ebene trug die Unterstützung der TWG durch die deutsche EZ zur Formulierung und Implementierung von wesentlichen politischen Vorgaben und Plänen bei, welche wiederum zu einer Erhöhung der Effektivität in der Umsetzung zentraler Maßnahmen in den Gesundheitsdistrikten beitrugen (G INT SRH 3, G INT SRH 1, INT SRH 26, G INT SRH 31). Themen wie ASRH und geschlechtsspezifische Gewalt waren in die politische Agenda aufgenommen worden, welche auch zur Bewusstseinsbildung auf dezentraler Ebene führten.

Auf dezentraler Ebene hatte die deutsche EZ zur Bereitstellung von Gesundheitsdiensten beigetragen, die im Laufe der Zusammenarbeit in den Bereichen (1) Schwangerenfürsorge, (2) Entbindungen in Krankenhäusern und Nachsorge, (3) HIV-Tests und -Beratung (einschließlich *Voluntary Counseling and Testing*; VCT), (4) antiretrovirale Behandlung und (5) Behandlung von Tuberkulose erheblich verbessert wurde (Abbott & Rwirahira, 2012; GoR & MoH, 2011a; IHP+, 2011; NISR, MoH, & ICF International, 2012). Weitere in diesem Zeitraum unterstützte und verbesserte Gesundheitsbereiche waren (6) Kopplung von Tuberkulose- und HIV-Präventionsprogrammen und (7) die Eindämmung von Malaria (IHP+, 2011; NISR, MoH, & ICF Macro, 2009). Die im Rahmen der Vergleichenden Fallstudie Befragten erwähnten – über alle untersuchten Versorgungsebenen hinweg – die insgesamt erhebliche Ausweitung von Gesundheitsdiensten. Im Vergleich der Distrikte lassen sich dabei keine signifikanten Unterschiede zwischen den „deutschen Distrikten“ und den Vergleichsdistrikten erkennen. Darüber hinaus fallen verbleibende Defizite in der Intensität und Abdeckung durch Gesundheitsdienste auf. Auch wenn 98 % der Frauen die Schwangerenfürsorge wahrnehmen, nutzen nur ein Drittel alle der von der WHO empfohlenen vier Beratungssitzungen (NISR et al., 2012). Die Nutzungsraten für die Nachsorge sind ebenfalls vielversprechend, doch bleiben die Unterschiede zwischen ländlichen und städtischen Gebieten auffallend (NISR et al., 2012). Die Anzahl der durchgeführten HIV-Tests, ein Ziel-Indikator für die Komponenten im Zeitraum von 2004 bis 2007, ist durch die von der deutschen EZ unterstützten VCT und sogenannte *Personal Interest Tests* (PIT) spürbar gestiegen (GoR & MoH, 2011a).

Seit 2004 verfolgte die deutsche EZ einen integrierten Ansatz in der Tuberkulose- und HIV-Bekämpfung, was im Laufe ihres Engagements im sogenannten *Country Coordinating Mechanism* an Bedeutung gewann. Es war insbesondere die Initiative der deutschen EZ, die zu einem Konzept des ersten Projekts zur Tuberkulosebekämpfung und somit zur Bewilligung eines Budgets von 11 Mio. USD durch den GFATM führte. Durch den Beitrag der deutschen EZ bei der Kopplung der HIV- und Tuberkulose-Programme wurde erreicht, dass 97 % der Tuberkulose-Verdachtsfälle auch auf HIV getestet wurden; 2010

erhielten 84 % der HIV-positiven Personen mit Anspruch auf Behandlung antiretrovirale Therapie (IHP+, 2011). Hinsichtlich Familienplanung hat sich die geographische Erreichbarkeit zur Grundversorgung in den letzten fünf Jahren verbessert (Vergleichende Fallstudie), in den Distrikt-Gesundheitseinrichtungen wurden für Familienplanung zuständige MitarbeiterInnen fest eingestellt und die Zahl der qualifizierten Krankenschwestern nahm zu (GoR & MoH, 2006a, 2011a, 2011c).

Der Ansatz der deutschen EZ zu sozialem Marketing konzentrierte sich auf die Kooperation mit dem privaten Sektor, um die Abdeckung von Vertriebsnetzen kommerzieller Großhändler und Einzelhandelsstellen in ganz Ruanda zu erweitern. Ein relevanter Indikator für die Effektivitätsbewertung des sozialen Marketings ist der Marktanteil der von privater und öffentlicher Seite vertriebenen Produkte. Dabei wird der Marktanteil als Näherungswert („Proxy“) stellvertretend für die Abdeckung des sozialen Marketings durch den Privatsektor verwendet. 2010 hatten sowohl der öffentliche als auch der private Sektor einen gleichen Marktanteil von 50 % für Kondome für Männer (NISR et al., 2012). Jedoch erhielten im gleichen Zeitraum die meisten Frauen (90 %) moderne Verhütungsmittel von öffentlichen Einrichtungen (Westhoff, 2013). Letzteres ist teilweise dadurch zu erklären, dass ruandischen Frauen zur Familienplanung Injektionen bevorzugen, die immer noch hauptsächlich in öffentlichen Gesundheitszentren erhältlich sind. Daraus leitet sich ab, dass dem Privatsektor eine wesentliche Rolle bei der Bereitstellung von Kondomen für Männer, allerdings eine insgesamt begrenzte Rolle zukommt, welche auch durch das MoH als kritisch gesehen wird (MoH, 2012c). Der aktuelle *Family Planning Strategic Plan* besagt daher, dass es für die Entwicklung eines nachhaltigen Familienplanungsprogramms für die Gesamtbevölkerung insbesondere in ländlichen Gemeinden und für Hochrisiko-Gruppen, die oft durch den öffentlichen Sektor nicht erreicht werden, sehr wichtig geworden ist, den Marktanteil des Privatsektors kontinuierlich zu erhöhen (MoH, 2012c). So nutzen z. B. LKW-Fahrer und Prostituierte, die weniger wahrscheinlich durch CHW, *Peer Educator* und öffentliche Gesundheitseinrichtungen erreichbar sind, im Wesentlichen den privaten Einzelhandel. Die Stärkung von sozialem Marketing

im Privatsektor ist auch deshalb wichtig, da davon auszugehen ist, dass die Kosten für Verhütungsmittel künftig steigen und daher nachhaltigere kommerzielle Marketing-Kanäle nötig sein werden.

Dennoch nahm die Nutzung von Gesundheitsdiensten kontinuierlich zu, was auch auf den Beitrag der deutschen EZ zurückzuführen ist. Gemeinsame Maßnahmen des MoH und der Entwicklungspartner führten insgesamt zu einer Zunahme (1) der Prävalenzrate für die Nutzung moderner Verhütungsmittel, (2) der Benutzung von Kondomen, (3) des Wissens um Familienplanung und HIV/AIDS, insbesondere unter Jugendlichen, und (4) veränderten Einstellungen, z. B. zu einem Rückgang der Zahl an gewünschten Kindern (Dok. 28; GoR & MoH, 2010b, 2011a; NISR et al., 2012).

Zur Untersuchung des Erfolgs eines Familienplanungsprogramms und dessen Wirksamkeit in Bezug auf die Fertilität sind Zahlen zur aktuellen Nutzung von Verhütungsmethoden ein wesentlicher Indikator. Zwischen 2005 und 2010 stieg die Prävalenzrate moderner Kontrazeptiva⁹⁰ unter verheirateten Frauen (15 – 49 Jahre) deutlich von 10 % (NISR & ORC Macro, 2006) auf 45 % (NISR et al., 2012). Darüber hinaus nutzen 6 % der Frauen dieser Altersgruppe traditionelle Verhütungsmethoden, was zu einer Gesamtprävalenzrate kontrazeptiver Maßnahmen von 52 % führt (NISR et al., 2012). In dieser Altersgruppe sind Injektionen mit 26 % das bevorzugte Verhütungsmittel, gefolgt von der Pille (7 %) und Implantaten (6 %). Männliche Kondome werden von nur 1,8 % genutzt. Dieser niedrige Anteil lässt sich durch die geringe Bedeutung von Kondomen zur STI-Prävention unter Ehepaaren erklären und ist kaum mit der Gruppe der unverheirateten Paare vergleichbar. Im Jahr 2012 wurde der Ziel-Indikator der Komponente von einer Kondom-Nutzungsrate unter Jugendlichen (15 – 24 Jahre) beim letzten Geschlechtsverkehr erreicht: Dieser betrug 42 % bei Frauen und 66 % bei Männern, eine signifikante Steigerung im Vergleich zu 25 % bei Frauen und 39 % bei Männern im Jahr 2005 (NISR et al., 2012; NISR & ORC Macro, 2006). In dem Zeitraum wurde der Gebrauch von männlichen Kondomen für diese Zielgruppe weitestgehend durch soziale

⁹⁰ Gemäß DHS-Definition gehören zu modernen Verhütungsmethoden die Sterilisierung von Frauen, Sterilisierung von Männern, die Pille, Intrauterinpeissar, Injektionen, Implantate, Kondome für Männer, Kondome für Frauen, Diaphragma mit Verhütungscreme oder -gel, die Laktationsamenorrhö-Methode und postkoitale Empfängnisverhütung wie die „Pille danach“ (NISR et al., 2012).

Marketingkampagnen und innovative Vertriebskanäle wie Kondom-Automaten in Gesundheitsdistrikten vorangetrieben (INT EXP 6).

Jedoch besteht auch weiterhin eine ungedeckte Nachfrage nach verschiedenen modernen Verhütungsmitteln, darunter männliche Kondome (Abbott & Rwirahira, 2012). Darüber hinaus stellte die jüngste DHS-Runde erhebliche regionale Unterschiede hinsichtlich der Zugänglichkeit von modernen Verhütungsmitteln und deren Nutzung fest (NISR et al., 2012). Eine entscheidende Hürde ist der Zugang zu Gesundheitseinrichtungen in den sehr verstreut besiedelten Bergregionen Ruandas. Auch für Jugendliche als spezielle Zielgruppe der deutschen EZ stellte sich die Zugänglichkeit zu Verhütungsmitteln und Informationen als schwierig heraus (Binagwaho, 2009). Dies trifft auch noch im Jahr 2013 zu, wie die Ergebnisse der Vergleichenden Fallstudie bestätigen. Für die Bevölkerung insgesamt gilt, wie von Sommers (2012) aufgezeigt, dass Armut die Hauptzugangsschwierigkeit bildet, was wiederum für Niedrigeinkommensgruppen wie LKW-Fahrer und Prostituierte (beide Hochrisiko-Zielgruppen für die deutsche EZ hinsichtlich HIV-Prävention) beträchtliche Herausforderungen bedeutet. Die Nutzung von Kondomen steigt mit dem Grad der Bildung und in Städten (NISR et al., 2012). Dieses Ergebnis wird auch durch eine Sekundäranalyse der DHS-Daten von 2010 bestätigt, die einen positiven und signifikanten Zusammenhang zwischen Bildung und der Annahme moderner Verhütungsmittel aufzeigt, was ein gemischtes Bild hinsichtlich der Chancengleichheit im Gesundheitswesen impliziert. Immerhin ging die ungedeckte Nachfrage nach Angeboten zur Familienplanung unter verheirateten Frauen zwischen 2005 und 2010 von 38 % auf 19 % sehr deutlich zurück (NISR et al., 2012).

Neben der Nutzung von Gesundheitsdiensten legte die deutsche EZ in ihrem Ansatz einen wesentlichen Schwerpunkt auf Informationskampagnen. Die unterstützten Kampagnen boten sowohl Informationen zur Familienplanung als auch zur Prävention von STI und HIV. Während das Wissen um moderne Verhütung und Familienplanung heute fast überall in Ruanda verbreitet ist, variiert das Wissen zu HIV/AIDS je nach sozioökonomischem

Hintergrund stärker. Laut DHS 2010 hatten nur 56 % der Frauen und 52 % der Männer der Altersgruppe 15 – 49 umfassendes Wissen⁹¹ über HIV/AIDS (NISR et al., 2012). Dieser Anteil hat sich seit der DHS-Studie von 2005, die vergleichbare Zahlen feststellte, nur geringfügig verändert (NISR & ORC Macro, 2006). Trotz des bemerkenswerten Erfolgs des nationalen Programms zu sozialem Marketing in der Ausweitung des Zugangs zu Verhütungsmitteln ist festzustellen, dass die Effektivität der Informationskampagnen zu STI und HIV/AIDS relativ begrenzt ist, insbesondere für ländliche Gemeinden in abgelegenen Gegenden (Vergleichende Fallstudie). Besonders junge Menschen wissen kaum etwas über die Informationskampagnen, erfahren aber von ihren *Peers*, wo in ihrer Gemeinde Verhütungsmittel erhältlich sind. Diese Feststellung wird auch durch eine Sekundäranalyse der DHS-Daten von 2010 bestätigt, die eine lediglich begrenzte Effektivität der Wissensvermittlung durch Medienarbeit und eine größere Relevanz der *Peer groups* feststellte. Die mäßigen Effekte durch Radio-, Fernsehen- und Zeitungskampagnen stellen auch Muhoza et al. (2013) fest. Die aktuelle Politik zu Familienplanung (2012 – 2016) schlägt in dieser Hinsicht ein fundamentales Umdenken in der Vertriebsphilosophie vor, indem verstärkt auf bestehende Netzwerke von GesundheitsarbeiterInnen und den *Peer Educators* zurück gegriffen werden soll, um die Verbreitung von Verhütungsmitteln und Informationen auf Gemeinde-Ebene zu intensivieren (MoH, 2012c).

Schließlich wurde durch eine Sekundäranalyse der DHS-Daten von 2010 festgestellt, dass soziales Marketing eine ähnlichen Wirkung auf mittlere und höhere Einkommensschichten hat, da unter den oberen vier Einkommensquintilen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Nutzung von modernen Verhütungsmitteln bestehen. In dem untersten Quintil gab es jedoch erheblich niedrigere Adoptionsraten dieser Methoden, was auf begrenzten Zugang der Ärmere zu diesen Diensten aufgrund von Verfügbarkeit oder Preis schließen lässt. Diese Ergebnisse unterstreichen Herausforderungen hinsichtlich der Nutzung von Gesundheitsversorgung wie schon durch Abbott und Rwirahira (2012) und das Nationale Statistikinstitut Ruandas (NISR, 2012) festgestellt, darunter (1) Land-Stadt-Disparitäten hinsichtlich des

⁹¹ Man geht davon aus, dass Personen umfassendes Wissen über HIV/AIDS besitzen, wenn „sie wissen, dass sowohl der Gebrauch von Kondomen als auch die Beschränkung der Sexualpartner auf eine nicht-infizierte Person Methoden zur Prävention von HIV und AIDS sind, sie sich bewusst sind, dass auch eine gesund aussehende Person HIV haben kann, und sie die beiden verbreitetsten Missverständnisse zurückweisen, denen zufolge HIV durch Moskitostiche übertragen wird oder dadurch, dass man sich Nahrung teilt“ (NISR et al., 2012, p. 181).

Zugangs, der Nutzung und des Wissensstandes, (2) sozio-ökonomische Unterschiede, insbesondere in Bezug auf Wohlstand und Bildung, und (3) eine relativ hohe ungedeckte Nachfrage nach Familienplanung, speziell bei Unverheirateten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Hauptziele zu SRH erreicht worden sind. Dabei trug die deutsche EZ durch technische und finanzielle Unterstützung effektiv zur Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen bei. Es wurden relevante Programme unterstützt und Verbindungen zwischen verschiedenen Akteuren (öffentlichen und privaten) und Interventionsbereichen (z. B. HIV-Prävention und Tuberkulose) hergestellt. Auf nationaler Ebene funktionierten die TWG und lieferten politische Vorgaben und Pläne, die zur Erreichung der sowohl auf nationaler als auch auf dezentraler Ebene gesetzten Ziele geeignet waren. Die deutsche EZ trug durch Agenda-Setting und technische Beratung (z. B. im Bereich ASRH) wirksam dazu bei. Die finanziellen und technischen Beiträge der deutschen EZ im Bereich soziales Marketing war zur Erreichung der gesetzten Ziele effektiv. Jedoch haben nicht alle durch die TWG bearbeiteten Themen die dezentralen Ebenen in einem angemessenen Umfang erreicht, wie z. B. im Bereich der Prävention von und Reaktion auf geschlechtsspezifische Gewalt. Während die meisten Outcome-Indikatoren erreicht wurden, bleiben jedoch geographische und sozio-ökonomische Unterschiede hinsichtlich des Zugangs zu qualitativ hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen. Darüber hinaus ist die Rolle des Privatsektors bei der Bereitstellung von Verhütungsmitteln sehr begrenzt, was die Möglichkeiten der gemeinsamen Wirksamkeit von öffentlichem und privatem Sektor stark einschränkt.

Effizienz

In der Vertiefungsphase dieser Evaluierung konnte aufgrund der mit den Stakeholdern vereinbarten Schwerpunkte und der zur Verfügung stehenden Daten keine rigorose Effizienz-Analyse der Maßnahmen der SRH-Komponente durchgeführt werden. Daher enthalten die folgenden Absätze generelle Feststellungen, die man als Ausgangspunkt für weitere Untersuchungen nutzen könnte.

Die SRH-Strategie war voll in die nationalen Strukturen integriert, um, soweit möglich, parallele Strukturen und übermäßige Kosten zu vermeiden. Die Bemühungen der deutschen EZ um eine Harmonisierung und Ausrichtung auf nationale Prioritäten wurden von den ruandischen Partnern und anderen Entwicklungspartnern anerkannt. Im Kontext des SWAp wurden staatliche Systeme genutzt und unterstützt, was wahrscheinlich die Transaktionskosten insgesamt gesenkt hat.

In gemeinsamen Anstrengungen mit allen Entwicklungspartnern wurden die meisten Programmindikatoren rechtzeitig erfüllt; oft wurden die gesetzten Ziele sogar übererfüllt. Der Mehrebenen-Ansatz der deutschen EZ, auf Ministeriums-Ebene und allen Versorgungsebenen des Gesundheitssystems zu arbeiten, trug zu gut angepassten Maßnahmen und Feedbackschleifen zwischen nationaler Ebene und dezentralen Ebenen bei.

Auf Gemeinde-Ebene konzentrierte sich die deutsche EZ auf Koordinierung sowie Training und die strategische Unterstützung der Kapazitäten von und Interaktion unter Gesundheitszentren, sekundären Gesundheitsposten, GesundheitsarbeiterInnen in den Gemeinden und *Peer Educators*. Ziel der zugrundeliegenden Strategie war es, im Rahmen der begrenzten Kapazitäten der öffentlichen Distrikt-Gesundheitseinrichtungen den Niedrigeinkommensschichten der Bevölkerung effektive Gesundheitsdienste zu niedrigen Kosten zu bieten. Die Vergleichende Fallstudie stellte fest, dass dieser Ansatz erheblich zu der Bereitstellung von Diensten auf Gemeinde-Ebene beitrug. Zwischen 2008 und 2010 waren elf EntwicklungshelferInnen tätig, die diese Aufgabe später an nationale technische Berater übergaben. Neben der Unterstützung des öffentlichen Sektors wurden zwischen 2008 und 2012 unter Einsatz von 3,25 Mio. EUR von der KfW für Verhütungsmittel und medizinisches Gerät auch bestehende Strukturen des Privatsektors genutzt.

Nachhaltigkeit

Auf nationaler Ebene wurden wichtige politische Maßnahmen und Pläne verabschiedet, die nun in der Implementierungsphase sind. Durch die in den SWAp eingebetteten TWG ist der kontinuierliche Politik-Dialog sichergestellt. Die geleistete technische

Unterstützung trug zum Funktionieren der TWG bei und ist weitgehend von den Partnerinstitutionen übernommen worden (INT SRH 17, 19, 12). Darüber hinaus erkennt der HSSP III SRH als Schlüsselkomponente in künftigen Gesundheitsstrategien in Ruanda an und unterstreicht damit starke politische Unterstützung durch das Ministerium (GoR & MoH, 2012). Somit sind die politischen und strategischen Bedingungen für die weitere Entwicklung von SRH als Thema im ruandischen Gesundheitssystem recht gut. Die zukünftige Effektivität wird von der Eigenverantwortung des MoH und der Entwicklungspartnern abhängen, die die durch die Langzeitbeiträge der deutschen EZ in diesem Bereich geschaffenen Dynamik weiterführen müssen. Wenn auch die Eigenverantwortung des MoH insgesamt als hoch angesehen werden kann, so benötigen diese Prozesse doch den kontinuierlichen Einsatz aller Partner über die TWGs.

Auf dezentraler Ebene wurde die Zahl von Fachkräften, die zu den Bereichen Familienplanung und geschlechtsspezifische Gewalt sowie sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte bei Jugendlichen arbeiten, in allen Gesundheitseinrichtungen kontinuierlich erhöht (Vergleichende Fallstudie). Dies ermöglicht es den Gesundheitseinrichtungen, ihre Leistungen und den Zugang zu Gesundheitsdiensten kontinuierlich zu erweitern. Trotzdem bestehen weiterhin Unterschiede zwischen Stadt und Land, unter anderem auch in der technischen Leistungsfähigkeit des Personals und der Modernität der Ausstattung. Und nicht alle Gesundheitsdienstleistungen, für die Bedarf besteht, stehen in gleicher Weise im ganzen Land zur Verfügung (IHP+, 2011).

DED/GIZ-EntwicklungshelferInnen unterstützten die Gesundheitseinrichtungen in den Distrikten durch eine Reihe von Langzeit-Entsendeten in wichtigen SRH-Bereichen wie neonatale Krankenhausdienste und Mutter-Kind-Gesundheit. Auch wenn die EntwicklungshelferInnen durch Trainingsangebote auf den jeweiligen Versorgungsebenen zur Weiterbildung des medizinischen Personals beitrugen, führte das laufende Tagesgeschäft, tägliche Routine und die Arbeitsbelastung dazu, dass einige EntwicklungshelferInnen in die Rolle gedrängt wurden, bestehende Personallücken füllen zu müssen, was dazu führte, dass Personalentwicklung bis zu einem gewissen Grad zu kurz

kam. Darüber hinaus brachte die allgemeine Personalfluktuations negative Folgen hinsichtlich einer nachhaltigen Kapazitätsentwicklung mit sich. Auch in der Fortschrittskontrolle des HSSP II wurden nur eine begrenzte technische Leistungsfähigkeit des medizinischen Personals festgestellt (IHP+, 2011). Um die Ausbildung von medizinischem Personal auch künftig weiterzuführen, organisierte die deutsche EZ eine Übergabe der zuvor von den EntwicklungshelferInnen implementierten Aktivitäten an ruandische technische Berater. Die nationalen Berater führten die Unterstützung im Bereich ASRH, GBV und HIV/AIDS in Zusammenarbeit mit Jugendzentren, *Peer Educators* sowie dem Privatsektor im sozialen Marketing weiter. Jedoch bestand am Ende der Datenerhebung für diese Evaluierung keine Klarheit darüber, ob die nationalen technischen Berater vom ruandischen Gesundheitssektor übernommen worden und noch auf ihren jeweiligen Positionen tätig sind. Letzteres scheint angesichts der hohen Personalfluktuations im ruandischen Gesundheitssystem sehr unwahrscheinlich.

Während des gesamten Zeitraums lief die Strategie der deutschen EZ für soziales Marketing über den Privatsektor. Anfang 2012 hat die internationale NGO Population Services International eine gewisse Verantwortung für und bestimmte Aktivitäten des sozialen Marketing an die nationale NGO *Society for Family Health* übertragen. Obwohl aufgrund des Zustands dieses Prozesses am Ende der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit im Gesundheitssektor die Übertragung der Verantwortung an die *Society for Family Health* nicht unmittelbar von der deutschen EZ unterstützt wurde, kann diese Kooperation als ein wesentlicher Meilenstein auf dem Weg zur Nachhaltigkeit von Familienplanung und sozialem Marketing in Ruanda gesehen werden (INT EXP 10). Vorher war die Beteiligung einheimischer Akteure niedrig (Solo, 2008), nun wird die *Society for Family Health* den von PSI etablierten Ansatz ergänzen und weiterführen. Auch wenn PSI und die *Society for Family Health* weiterhin Mittel von GFATM und PEPFAR beziehen, könnte es mit der Beendigung der finanziellen Unterstützung von sozialem Marketing durch die KfW zu kurzfristigen Finanzierungslücken gekommen sein, was für die künftigen Strategien der jungen einheimischen NGO *Society for Family Health* eine Herausforderung bedeutet.

Das MoH erkannte potentielle Lücken und hat deshalb zugesagt, sich nach dem Ausstieg der deutschen EZ stärker im sozialen Marketing zu engagieren (Dok. 28). Konkrete finanzielle Zusagen seitens des MoH konnten bis zum Ende der Datenerhebung nicht bestätigt werden (INT EXP 15), doch kann diese Ankündigung als unterstützender Faktor für soziales Marketing in Ruanda gesehen werden (INT EXP 10). Es wurde jedoch kein Vorschlag zu einer klaren Arbeitsteilung zwischen dem öffentlichen und dem Privatsektor eingebracht, der hinsichtlich einer nachhaltigen Entwicklung des Privatsektors und kommerzieller Strategien für soziales Marketing in Ruanda, wie im jüngsten *Family Planning Strategic Plan* (MoH, 2012c) beschrieben, wünschenswert gewesen wäre.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Potential für das nachhaltige Fortbestehen der Ergebnisse im Bereich SRH hoch ist, da SRH als Schlüsselpriorität in der künftigen Gesundheitssektor-Strategie Ruandas anerkannt ist. Jedoch ist die technische Leistungsfähigkeit des medizinischen Personals immer noch begrenzt und es gibt beträchtliche geographische und sozio-ökonomische Unterschiede im Hinblick auf Zugang und Nutzung von Gesundheitsdiensten, die für die Nachhaltigkeit der SRH-Erfolge eine beträchtliche Herausforderung darstellen.

3.3.4 Komponente 3: Personalentwicklung

Personalentwicklung im ruandischen Gesundheitssystem

Personal ist ein Schlüsselement in allen Gesundheitssystemen und absolut wesentlich dafür, Verfügbarkeit und Qualität von Gesundheitsdiensten zu gewährleisten. Nach Empfehlungen der WHO sollten zur Erfüllung der Millennium-Entwicklungsziele in afrikanischen Ländern mindestens 0,2 ÄrztInnen und 2,3 PflegeInnen und Hebammen für je 1.000 Personen der Bevölkerung verfügbar sein (AHWO, 2009). Der Welt-Gesundheitsbericht von 2006 nennt 57 Länder, die vor einer kritischen Personalknappheit im Gesundheitswesen stehen, unter ihnen Ruanda, und zwar aufgrund von schwachen Strategien und Rahmenbedingungen, niedriger Qualität der Aus- und Weiterbildung, niedrigen

Gehälter für Gesundheitsfachkräfte gepaart mit schwierigen Lebensbedingungen sowie interner und externer Migration (AHWO, 2009; WHO, 2006).

Auch 2005 hat sich Ruanda noch nicht von dem enormen Verlust an qualifiziertem medizinischem Personal erholt, von dem ein großer Teil auf Grund des Genozid entweder ums Leben kam oder aus dem Land geflohen ist. Auf der Grundlage des HSSP I (2005 – 2009) und dem ersten *Human Resources Strategic Plan* (2006 – 2010) konzentrierte sich der HSSP II (2009 – 2012) mehr auf die Qualitätsverbesserung des medizinischen Personals und dessen Verteilung über das Land (GoR & MoH, 2009). Die ruandische Regierung begann damit, die Ausbildung zu fördern und zu unterstützen, Kapazitäten der Ausbildungseinrichtungen zu stärken, die Zahl der GesundheitsarbeiterInnen in den Gemeinden zu erhöhen, Gehälter zu regulieren und durch Personal-Versetzungen in Distrikte und Gesundheitseinrichtungen zu dezentralisieren sowie durch das PBF-System Anreize für bessere Arbeitsergebnisse zu schaffen. Auch wurde berufsbegleitendes Training für medizinisches Personal von einigen Bildungseinrichtungen im Land zwischen 2005 und 2012 beträchtlich erweitert und weiterentwickelt, so z.B. durch die Medizinische Fakultät der *National University of Rwanda*, dem *Kigali Health Institute* und der *School of Public Health*.⁹²

Die Medizinische Fakultät der *National University of Rwanda*⁹³ wurde 1963 gegründet und 1997 nach dem Genozid wiedereröffnet mit dem Mandat, medizinische Ausbildungsprogramme für alle medizinischen und damit im Zusammenhang stehenden Berufe bereitzustellen. Die Zahl der immatrikulierten StudentInnen ist von 239 im Jahr 1997 auf 545 im Jahr 2004 gestiegen und seither ungefähr konstant. Das Studium dauert sechs Jahre. Absolventen des Sechsjahresprogramms müssen ein einjähriges klinisches Praktikum absolvieren, bevor sie als Allgemeinmediziner anerkannt werden.

Die Medizinische Fakultät der *National University of Rwanda* und folglich die Supervision der medizinischen Ausbildung gehören zum Verantwortungsbereich des Bildungsministeriums.

⁹² Zur Entwicklung der medizinischen Ausbildung in Ruanda vgl. AHWO (2009); Bail und Kantengwa (2006); GoR und MoH (2011c).

⁹³ Näheres zu National University of Rwanda, Faculty of Medicine, auf: www.sph.nur.ac.rw.

Die Hauptaufgabe des MoH bestand darin, den erforderlichen Personalbedarf festzulegen (Bail & Kantengwa, 2006). In der Praxis war nicht immer klar, welche Rolle und Verantwortung den jeweiligen Ministerien in Bezug auf die medizinische Ausbildung zufällt. Das praktische Jahr wurde 2003 ursprünglich vom MoH eingeführt. Es begann zunächst in vier Krankenhäusern⁹⁴ und wurde dann auf weitere ausgedehnt. Die Implementierung des praktischen Jahrs stand, wie von befragten angehenden ÄrztInnen, früheren Partnern und EntwicklungshelferInnen berichtet, vor diversen Schwierigkeiten (INT RP 12, 23; INT HRD DW 5). Es ging offensichtlich um ein strittiges Problem: „Wir [das MoH] wollten, dass sie [die angehenden ÄrztInnen] immer im Krankenhaus anwesend waren; sie wollten Geld“ (INT 30).

Es kam zu Spannungen zwischen dem MoH und dem Bildungsministerium (INT RP 12; INT RP 23). Schließlich wurde das praktische Jahr vom Bildungsministerium übernommen und bis 2010 geleitet. Im Jahr 2010 wurde das Programm durch einen Ministerialerlass reformiert und wieder dem MoH zugeordnet. Seit der Reform dauert das Medizinstudium sechs Jahre und nach der Graduierung folgt ein klinisches Praktikumsjahr. Die angehenden ÄrztInnen arbeiten in 18 vom MoH ausgewählten

und zugelassenen Distrikt-Krankenhäusern, wo weitere Ausbildungsinhalte vermittelt werden.

Die *School of Public Health* wurde 2000 in Butare gegründet und 2005 nach Kigali verlegt. Sie bietet Ausbildungen für nationale und regionale Gesundheitsfachkräfte zur Unterstützung nationaler und regionaler Gesundheitspläne an und führt angewandte Forschungsprogramme durch. Viele der Mediziner, die für das MoH hauptsächlich auf zentraler oder Distrikt-Ebene arbeiten, haben diese Ausbildungsprogramme genutzt.

Die Fortschrittskontrolle des HSSP II Zwischenbericht legt dar, dass die ruandische Regierung erhebliche Anstrengungen zur Verbesserung des Personalbestands im Gesundheitssektor unternommen hatte. Während die Ziele einer Gesamtzahl von ÄrztInnen und PflegerInnen im Verhältnis zur Bevölkerung erreicht und sogar überschritten worden war, gab es immer noch einen erheblichen Mangel an qualifizierten Hebammen. Trotz eindrucksvoller Verbesserungen erfüllt Ruanda immer noch nicht die von der WHO empfohlenen Standards für afrikanische Länder, d.h. mindestens 1 Arzt pro 5.000 Personen und 2,3 PflegerInnen und Hebammen pro 1.000 Personen (AHWO, 2009).

Tabelle 9. Entwicklung der Dichte des Personalbestands im Gesundheitssektor zwischen 2005 und 2011

	2005	2008	2011
Verhältnis ÄrztInnen/Bevölkerung	1/50.000	1/33.000	1/17.240
Verhältnis PflegerInnen/Bevölkerung	1/3.900	1/1.700	1/1.294
Verhältnis Hebamme/Bevölkerung	keine Angaben	1/100.000	1/66.749

Quelle: IHP+ (2011).

Als Reaktion auf diese Problematik wurde 2011 ein neuer strategischer HRH Plan (2011–2016) entwickelt mit dem Schwerpunkt, die Zahl der ausgebildeten PflegerInnen, Hebammen und FachärztInnen zu erhöhen und die Qualität des Postgraduerten-Trainings nach der Ausbildung und vor Eintritt in den Dienst zu verbessern (GoR & MoH, 2011c). Dieser Plan wird derzeit mit erheblicher finanzieller Unterstützung der USA und technischer Unterstützung für die oben genannten ruandischen

Ausbildungseinrichtungen seitens verschiedener US-amerikanischen Universitäten implementiert (G INT GEN 4; INT HRD 21).

2012 ging ein Ministerialerlass zu den Modalitäten für die Entsendung von MedizinerInnen in den Gesundheitssektor ein. Laut diesem Erlass werden ÄrztInnen vom Gesundheitsministerium in Distrikt-Krankenhäuser entsandt. Die Distrikt-Krankenhäuser können ÄrztInnen einstellen und sie aus dem Krankenhausbudget

⁹⁴ Universitätskrankenhäuser von Kigali und Butare, Kanombe Military Hospital, King Faysal Hospital und Ruhengeri Hospital.

oder dem Budget von Entwicklungspartnern bezahlen, müssen aber die Einverständniserklärung des Gesundheitsministers einholen.⁹⁵

Die Komponente Personalentwicklung im ruandisch-deutschen Gesundheitsprogramm

Theory of Change

Im Jahr 2007 wurde dem BMZ der erste gemeinsame Programmvorschlag der deutschen Durchführungsorganisationen vorgelegt. Das Ziel der Komponente zu Personalentwicklung wurde wie folgt definiert: „Besser ausgebildetes Gesundheitspersonal steht der ruandischen Bevölkerung vermehrt zur Verfügung“. Darüber hinaus besteht die Komponenten zu Personalentwicklung aus drei Unter-Komponenten: (1) Ärztliche Ausbildung, (2) Krankenhausmanagement und (3) Gesundheitstechnologie-Management. Es wurden vier Indikatoren festgelegt, welche zwischen 2007 und 2012 angepasst wurden.⁹⁶ Drei dieser Indikatoren bezogen sich auf die Unter-Komponente Ärztliche Ausbildung.

Die Zielsetzung des gemeinsamen Gesundheitsprogramms besteht darin, durch technische und finanzielle Unterstützung die Kapazitäten des MoH zum Personalmanagement (koordinieren und organisieren) und die Kompetenz von Gesundheitsdienstleistern zu stärken, um PatientInnen qualitativ hochwertige Gesundheitsdienste anzubieten. Dies führt zu einer Erhöhung des gut ausgebildeten Gesundheitspersonals (Output) und trägt, zusammen mit einem verbesserten Qualitätsmanagement der Gesundheitseinrichtungen, besserer Instandhaltung der Ausstattung und Bereitstellung medizinischer Dienstleistungen (Outputs), zum Gesundheitssystem bei, das vermehrt auf die Bedürfnisse und Prioritäten der ruandischen Bevölkerung, insbesondere der Armen, eingeht (Outcome). Letztendlich wird der Gesundheitsstatus der Bevölkerung verbessert (Impact).

Implementierung

Zwischen 2000 und 2012 unterstützten 19 EntwicklungshelferInnen die ärztliche Ausbildung an der Medizinischen Fakultät der *National University of Rwanda*, dem CHUB und dem Distrikt-Krankenhaus Ruhengeri in verschiedenen Fachgebieten und

Trainingsbereichen, wobei ihr Hauptarbeitsbereich die praktische Ausbildung von sowohl angehenden als auch graduierten ÄrztInnen im Verbund mit klinischer Praxis war. Buchstäblich alle befragten EntwicklungshelferInnen betonten, dass es nicht möglich oder sehr schwierig war, ihren Hauptaufgaben Priorität zu verleihen, weil in der Praxis das praktische Training Hand in Hand mit der klinischen Praxis ging.

Auf Distrikt-Ebene war Krankenhausmanagement ein integraler Bestandteil der Projekte zur Basisgesundheitsversorgung, die GTZ und DED seit Anfang der 1980er eingeführt hatten. Die Unterstützung des MoH begann im Jahr 2004. GTZ/GIZ unterstützte in Zusammenarbeit mit BTC die Entwicklung eines Trainings-Handbuchs für Krankenhausmanagement. Auf dezentraler Ebene finanzierte GTZ/GIZ Kurzzeit-Kurse und Workshops zu Managementfragen. Die technischen Berater der GTZ/GIZ berieten die Distrikt-Krankenhäuser auch in der Entwicklung von strategischen und operativen Plänen auf der Grundlage nationaler Richtlinien.

Zwischen 2005 und 2012 finanzierte InWEnt das Training von 17 ruandischen TeilnehmerInnen im Rahmen eines 12-monatigen Internationalen Leadership Trainings (ILT) in Krankenhausmanagement an der Universität von Neu-Ulm in Deutschland wie auch das *Backstopping* und *Training of Trainers* nach deren Rückkehr nach Ruanda (Dok. 55). Zwischen 2003 und 2005 unterstützte InWEnt die *School of Public Health* bei der Entwicklung eines Trainings-Handbuchs für Distrikt-GesundheitsmanagerInnen. Die Zusammenarbeit mit der *School of Public Health* wurde bis 2008 weitergeführt und es wurde ein Prototyp für einen Kurs in Distrikt-Gesundheitsmanagement entwickelt (InWEnt Projektberichte; INT HRD 20).

InWEnt organisierte ebenfalls verschiedene regionale Trainingsworkshops und einige E-Learning Kurse, an denen mehr als 100 ruandische Gesundheitsfachkräfte teilnahmen. Dabei ging es um eine Themenvielfalt von Gesundheitsmanagement und -finanzierung bis hin zu HIV und AIDS sowie Menschenrechten und Gesundheit (Dok. 55).

⁹⁵ Nach Art. 2 und Art. 4 der Ministeriellen Anordnung; Official Gazette (Amtsblatt) 25 vom 18.06.2012.

⁹⁶ Ein Überblick über alle Indikatoren und deren Anpassung im Laufe der Programm-Implementierung ist in Anhang E dokumentiert.

Systematische Aktivitäten in der Unter-Komponente Gesundheitstechnologie-Management begannen 2007/2008. Die deutsche EZ leistete technische Unterstützung auf zentraler und Distrikt-Ebene hauptsächlich über SANIPLAN, ein deutsches, von GTZ/GIZ beauftragtes Beratungsunternehmen. Auf zentraler Ebene wurde 2009 eine TWG zum Thema geographischer Zugang und Gesundheitstechnologie-Management eingerichtet. Die deutsche EZ trug zur Erarbeitung einer nationalen Politik zum Thema Technik und Wartung sowie von Standards für die Ausstattung von und Arbeitsgeräte in Gesundheitszentren bei. Weiterhin entwickelte die deutsche EZ für Distrikt-Krankenhaustechniker ein berufsbegleitendes Wartungs- und Reparatur-Ausbildungsprogramm und stellte den Instandhaltungsteams in den Distrikt-Krankenhäusern Werkzeug und Ausrüstung zur Verfügung (Dok. 22).

Die KfW unterstützte die Komponente Personalentwicklung, indem sie die Anschaffung von medizinischem Gerät für das CHUB und das Krankenhaus in Ruhengeri sowie 25 Gesundheitszentren in den fünf Distrikten Huye, Gisagara, Nyaruguru, Musanze und Gicumbi finanzierte.⁹⁷

Personalentwicklung war ein Betätigungsfeld, in dem sich viele Entwicklungspartner engagierten. Darüber hinaus gab es viele Partnerschaften zwischen internationalen NGOs, internationalen Universitäten und ruandischen medizinischen Ausbildungseinrichtungen (Viankandondera, 2012). Die meisten Entwicklungspartner waren in die ärztliche Ausbildung eingebunden, einige im Krankenhausmanagement, und nur wenige in Management und Instandhaltung von Gesundheitstechnologie.

Relevanz

Angesichts der immer noch spürbaren Knappheit an Gesundheitsfachkräften auf allen Ebenen und der Notwendigkeit, in die Entwicklung qualifizierter Arbeitskräfte im Gesundheitswesen und funktionierende Unterstützungssysteme zu investieren, können die Maßnahmen der deutschen EZ in der HRD-Komponente als äußerst relevant für das Programmziel angesehen werden. Beim Fehlen qualifizierter MitarbeiterInnen hätten die

Gesundheitsdienstleister und -einrichtungen nur schwerlich Gesundheitsdienste anbieten und den Bedürfnissen der armen Bevölkerungsgruppen entsprechen können (INT EXP 1, 3).

Im Einklang mit PRSP und EDPRS legte die GoR in allen HSSP einen starken Fokus auf die Personalentwicklung im Gesundheitssektor, um die gesundheitsbezogenen MDG zu erfüllen, insbesondere durch Konzentration auf eine Erweiterung der medizinischen Ausbildung und Stärkung der Kapazitäten in den Trainingseinrichtungen. Die Prioritäten entwickelten sich zwischen 2006 und 2012 von der Investition in allgemeine medizinische und pflegerische Ausbildung hin zur Begegnung spezifischer Lücken (FachärztInnen; Hebammen), doch hat die formale ärztliche Ausbildung immer noch hohe Priorität (INT GEN 13; GoR & MoH, 2006a, 2011c).

Krankenhaus-Management sollte als ein Thema gesehen werden, das im Zusammenhang mit Gesundheitssystemstärkung und Dezentralisierung steht, welche ebenfalls zu den Prioritäten der ruandischen Regierung im Jahr 2005 zählten. Im Vergleich dazu hatten Gesundheitstechnologie-Management und Wartung bis 2009 deutlich weniger Aufmerksamkeit erfahren, als die Entwicklung einer Rahmenplanung für die Wartung medizinischen Geräts in das HSSP II aufgenommen wurde (GoR & MoH, 2009). Der Entwurf von HSSP III (2012 – 2018) erhöht die Bedeutung von Gesundheitstechnologie-Management erheblich, indem Entwicklung der Gesundheitsinfrastruktur, darunter auch Wartung, als Kernelement des Gesundheitsunterstützungssystems definiert wird (GoR & MoH, 2012, S. 66).

In gleicher Weise betrachtet auch das BMZ Personalentwicklung, einschließlich der Ausbildung von Medizinern und der Einrichtung regulatorischer und gesetzlicher Rahmenbestimmungen, als hohe Priorität, wie auch in der deutschen Strategie für den Gesundheitssektor zum Ausdruck kommt (BMZ, 2009c). In diesem Kontext wurde eine begrenzte Entsendung von deutschem Personal zur Vermeidung eines chronischen Mangels an Gesundheitsfachkräften in einigen Regionen als hilfreich angesehen (BMZ, 2009c, S. 18). Im Einklang mit seinem menschenrechts-basierten

⁹⁷ Im Rahmen dieser Maßnahme wurde medizinische, Labor-, Schulungs- und andere Ausstattung für insgesamt 400.000 EUR bereit gestellt (Dok. 47). GTZ und DED stellten ebenfalls medizinische Ausstattung in begrenztem Rahmen bereit.

Gesundheitskonzept betrachtet das BMZ qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung, einschließlich der Wahrung der Verschwiegenheit und diskriminierungsfreier Behandlung, als wichtige Aspekte der medizinischen Berufsausbildung (BMZ, 2009a).

Die formale medizinische Ausbildung hat immer noch hohe Priorität auf der Agenda des MoH, doch haben sich die Prioritäten zwischen 2006 und 2012 von der Ausbildung von Allgemeinmedizinern hin zu FachärztInnen verschoben (INT GEN 13; GoR & MoH, 2006a, 2011c). Dies ist aus dem letzten *HRH Strategic Plan* (2011 – 2016) erkennbar.

Das International Leadership Training (ILT) für Krankenhausmanagement richtete sich an den Prioritäten der ruandischen Regierung hinsichtlich Gesundheitssystemstärkung durch Verbesserung des Managements von Gesundheitseinrichtungen aus. Der erste strategische Plan (HSSP I 2005 – 2009) sah die „Erhöhung der Zahl derjenigen, die in Managementfertigkeiten und öffentlicher Gesundheit weitergebildet wurden“ vor (GoR, 2005b).

Laut den ILT-Alumni war die Ausbildung durch das ILT sowohl für die Anforderungen des Sektors als auch für ihren eigenen Weiterbildungsbedarf relevant. Aus Sicht der meisten Alumni wurden die Krankenhäuser in Ruanda in den Jahren 2000 und später auf „traditionelle“ Weise durch ÄrztInnen geleitet, die keinerlei Krankenhausmanagement-Hintergrund hatten. *„Die Krankenhäuser wurden und werden immer noch von ÄrztInnen geleitet, die über keine Kenntnisse im Krankenhausmanagement verfügen. Sie leiten die Krankenhäuser auf traditionelle Weise“* (INT 31). ILT-Alumni berichteten diesbezüglich von ernstzunehmenden Schwachstellen in der strategischen und Einsatz-Planung, Personalbestand, Organisation der Dienste und PatientInnen-Betreuung wie auch Finanz- und Medikamentenmanagement. Das ILT in Krankenhausmanagement wurde auch von den Partnern im MoH hoch geschätzt (INT RP 33; INT GEN 13) und war aus Sicht der InWEnt- und GTZ-ProjektleiterInnen angemessen (INT EXP 4; INT RP 34). Der Teil des Kurses zu Krankenhausmanagement war auf die Bedürfnisse im besonderen Kontext afrikanischer Gesundheitssysteme abgestimmt (INT HRD HM 1).

Hinsichtlich der ärztlichen Ausbildung bestätigten nahezu alle befragten EntwicklungshelferInnen die Bedeutung des individuellen Wissenstransfers für die Kapazitätsentwicklung von ruandischen MedizinstudentInnen und ÄrztInnen und betonten die Bedeutung von praktischer Ausbildung für angehende ÄrztInnen. In ähnlicher Weise bestätigten alle befragten ruandischen Partner, frühere angehende und graduierte ÄrztInnen, die von EntwicklungshelferInnen trainiert worden waren, wie wichtig der individuelle Wissenstransfer sei.

Insgesamt schätzten die ruandischen Befragten die Erfahrung, das klinische Wissen und die Fähigkeit der EntwicklungshelferInnen, sich an eine ressourcenknappe Situation anzupassen. Jedoch wurden ihre Erwartungen nicht immer erfüllt, da nicht alle EntwicklungshelferInnen das erforderliche Profil hatten. Es war offensichtlich nicht immer leicht für den DED, den idealen Kandidaten mit langer Erfahrung, Kommunikationsfähigkeit, Anpassungsfähigkeit an ressourcenarme Gegebenheiten und Bereitschaft, für ein erheblich niedrigeres Gehalt zu arbeiten als das, was in Deutschland bezahlt worden wäre, zu finden (INT HRD DW 2; INT EXP 5, 11).

Die Partner der deutschen EZ auf zentraler und Distrikt-Ebene schätzten die Trainingsmaßnahmen, die ihnen für Wartung und Gesundheitstechnologie-Management geboten wurden, als höchst relevant für ihren Bedarf ein, insbesondere auch deshalb, weil nur sehr wenige andere Partner oder Organisationen in diesem Bereich aktiv waren (INT HRD 5, 9, 11; G INT HRD 14). Die von der KfW finanzierte Ausstattung wurde als angemessen und nützlich empfunden, obwohl Bedenken hinsichtlich der Instandhaltung und der Verfügbarkeit von Ersatzteilen geäußert wurden (G INT HRD 14, Vergleichende Fallstudie). Dies scheint eine weit verbreitetes Problem zu sein, das alle Entwicklungspartner betrifft, da in den Verträgen zwischen dem MoH und den Versorgungsunternehmen keine Wartungsmodalitäten enthalten sind. Doch hat das MoH das Problem erkannt und beabsichtigt, künftig Wartungsvereinbarungen in die Verträge aufzunehmen (INT HRD 5).

Zu Beginn der MDG im Jahr 2000 war die Mütter- und Kindersterblichkeit – im Vergleich zu anderen Ländern Ost- und Zentralafrikas – in Ruanda sehr hoch (vgl. Kapitel B.3.1). Die Entscheidung, medizinische Spezialisierungen wie Kinderheilkunde und Gynäkologie sowie den Kapazitätsaufbau ruandischer ÄrztInnen für die Behandlung der verbreitetsten Krankheiten und Gesundheitsprobleme zu unterstützen, war eine angemessene Reaktion zur Versorgung des Bedarfs der ruandischen Bevölkerung, insbesondere von Frauen und Kinder.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass ärztliche Ausbildung und Krankenhausmanagement die Prioritäten der ruandischen und deutschen Regierung abbildeten. Partner der deutschen EZ auf zentraler und Distrikt-Ebene bestätigen ebenfalls die Relevanz von Krankenhausmanagement und ärztlicher Ausbildung als Teil der HRD-Bemühungen zur Stärkung des Gesundheitssektors. Es gibt schlüssige Belege dafür, dass die Maßnahmen zur Kapazitätsentwicklung in Bezug auf die ärztliche Ausbildung und das Krankenhausmanagement dem Bedarf der direkten Zielgruppen entsprachen (medizinisches Personal und KrankenhausmanagerInnen).

Effektivität

Die folgenden Abschnitte stellen den Endstatus der Indikatoren dar (vgl. auch Anhang E), welche den Grad der Erreichung des Komponenten-Ziels („zunehmend besser ausgebildete Gesundheitsfachkräfte stehen der ruandischen Bevölkerung zur Verfügung“) zur Unterstützung von HRD abbilden (Dok. 28; GoR & MoH, 2011a, 2011c).

„Die Zahl der angehenden ÄrztInnen steigt von 80 im Jahr 2010 auf 110 Ende 2012“⁹⁸ (Dok. 26). Im Jahr 2005 nahmen 53 Studentinnen ihr Studium an der Medizinischen Fakultät auf, 2012 waren es 107. 2008 kletterte die Zahl der Neuimmatrikulationen sogar auf 135.

Im Jahr 2010 graduierten 99 StudentInnen nach Absolvieren des praktischen Jahrs von der Medizinischen Fakultät. Die deutsche EZ leistete zwischen 2005 und 2012 einen Beitrag zur Ausbildung von 438 angehenden ÄrztInnen. Zwischen 2004 und 2010 graduierten 600 Allgemeinmediziner von der Medizinischen Fakultät der *National University of Rwanda*. Das bedeutet, dass mehr als zwei Drittel aller Graduierten von EntwicklungshelferInnen des DED trainiert wurden.⁹⁹

„98% der ÄrztInnen, die bis Ende 2011 das praktische Jahr abgeschlossen haben, werden bis spätestens Dezember 2012 in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen eingesetzt.“ Im Jahr 2011 gab es 470 ruandische Allgemeinärzte, von denen 80% in den Distrikt-Krankenhäusern tätig waren. Bisher sind keine umfassenden Informationen zu der beruflichen Laufbahn von angehenden ÄrztInnen nach deren Graduierung verfügbar.¹⁰⁰ Die deutsche EZ trug in begrenztem Umfang zur Entwicklung einer HRD Politik durch die TWG zu HRD bei.

„Die Zahl der einheimischen FachärztInnen steigt 2012 auf 135, und bis Ende 2012 erhält mindestens jedes Provinzkrankenhaus einen Facharzt“ (Dok. 26). Bis Ende Juni 2012 gab es 15.540 MitarbeiterInnen in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen in Ruanda, darunter 132 FachärztInnen, von denen 80% in den vier Referenzkrankenhäusern tätig waren.¹⁰¹ Die deutsche EZ trug zwischen 2005 und 2011 zur Ausbildung von 52 AssistenzärztInnen bei.

„100 % des Gesundheitspersonals in den 5 unterstützten Distrikten nehmen mindestens einmal jährlich an weiterbildenden Maßnahmen teil“¹⁰² (Dok. 26). In den von der deutschen EZ unterstützten Distrikten erhielten 100 % des Gesundheitspersonals berufs begleitendes Training zu Familienplanung, Mutter-Kind-Gesundheit, geschlechtsspezifische Gewalt, der gemeindebasierten Krankenversicherung oder zur leistungsbezogenen Finanzierung. Die

⁹⁸ Der Indikator ist nicht spezifisch, da nicht klar ist, ob er sich auf Immatrikulation oder Graduierung bezieht.

⁹⁹ Die deutsche EZ trug sicherlich beträchtlich dazu bei, die Zahl der gut ausgebildeten Ärzte in Ruanda zu erhöhen. Jedoch verbrachten die angehenden ÄrztInnen im Vergleich zur Dauer des Medizinstudiums (6 Jahre) nur kurze Zeit bei den DED/GIZ Ärzten (drei Monate). Somit war die DED-Zusammenarbeit quantitativ gesehen – über den gesamten Zeitraum – ein Beitrag unter vielen anderen. Doch war der Beitrag der deutschen EZ in dem Sinn besonders, als kein anderer DP das praktische Jahr über einen längeren Zeitraum systematisch unterstützte.

¹⁰⁰ Aus den im Juni 2013 mit ehemaligen AbsolventInnen des praktischen Jahres geführten Interviews ergibt sich folgendes Bild: von den 12 Befragten wurden 10 nach dem praktischen Jahr in einem Distrikt-Krankenhaus eingesetzt. Die meisten blieben für mindestens zwei Jahre in diesen Positionen. Zwei Personen praktizierten nicht als Arzt/Ärztin weiter, sondern nahmen eine andere Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitswesen oder der Forschung auf.

¹⁰¹ Es sind keine aktuellen Informationen über die Zahl der in Provinzkrankenhäusern tätigen SpezialistInnen verfügbar.

¹⁰² Dieser Indikator ist nicht geeignet zur Bewertung der von der deutschen EZ unterstützten Maßnahmen zur Kapazitätsentwicklung, da er nur die Zahl der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen erfasst, die an Entwicklungsmaßnahmen teilnahmen.

deutsche EZ trug durch verschiedene Entwicklungsmaßnahmen zu diesen Trainings bei (technische Unterstützung, Workshops, örtliche Zuschüsse für Trainingsmaßnahmen, die durch die Distrikte durchgeführt wurden).

Krankenhausmanagement

Im Juni 2013 waren zehn der siebzehn ILT-Alumni immer noch im öffentlichen Gesundheitssektor in Ruanda tätig. Neun Alumni waren befördert worden und nahmen höhere Positionen ein, während dies für sieben dieser Alumni erst nach Abschluss weiterer Studien möglich war. Dies war auf die Tatsache zurückzuführen, dass das ILT-Zertifikat in Ruanda nicht als Postgraduierten-Abschluss anerkannt wurde. Auf Initiative der Fachhochschule Neu-Ulm erhielten neun ILT-Alumni aus Ruanda die Gelegenheit, ihr Studium¹⁰³ an der Mzumbe University in Tansania abzuschließen. Die ILT-Alumni konnten die erworbenen Fertigkeiten und Kenntnisse auf verschiedene Weise und in Abhängigkeit von ihrem jeweiligen Arbeitsplatz übertragen.¹⁰⁴ Alle interviewten ILT-Alumni gaben an, dass sie sich Wissen und Kenntnisse angeeignet hatten, die für verschiedene Bereiche von Krankenhausmanagement relevant sind¹⁰⁵ und dass sie diese Kenntnisse auch in ihren Arbeitsbereich einbringen konnten. Dies wurde ermöglicht durch die verschiedenen, im Laufe des ILT-Programms erarbeiteten individuellen Projekte zum Wissenstransfer.

Diese Wissenstransfer-Projekte am Arbeitsplatz der Alumni trugen zur Verbesserung einer Reihe von Aspekten des Krankenhausmanagements bei, was zur Verbesserung der Qualität der Versorgung in diversen Krankenhäusern beitrug. Jedoch sahen die Befragten sich hinsichtlich ihres Beitrags zur Verbesserung von Krankenhausmanagement und Gesundheitsfürsorge auch vor Hindernisse gestellt: Die KollegInnen wollten teilweise so weitermachen wie bisher und standen den vorgeschlagenen Veränderungen ablehnend gegenüber. Widerstand ergab sich auch

aufgrund persönlicher, im alten System verankerter Interessen des Personals (INT HRD HM 4, 10, 11, 13). Die MitarbeiterInnen ließen manchmal wenig Motivation erkennen, Veränderungen zu akzeptieren, weil sie die Bedeutung solcher Veränderungen nicht verstanden. Einige Vorstellungen konnten nicht implementiert werden, weil die erforderliche Ausstattung nicht zur Verfügung stand (INT HRD HM 5, 7, 13). Daher wurden positive Effekte nur auf persönlicher Ebene erreicht. Auf organisatorischer Ebene hing dies sehr stark vom Arbeitsumfeld der Alumni sowie der Akzeptanz durch ihre KollegInnen und ihre Vorgesetzten ab.

Im Jahr 2007 richtete das MoH auf Initiative des Gesundheitsministers eine neue Sonderarbeitsgruppe (Schreibtischarbeit) für Krankenhausmanagement ein und berief vier der Alumni zu Mitgliedern. Die Hauptrolle der Sonderarbeitsgruppe bestand in der Unterstützung des Verwaltungspersonals in den ruandischen Distrikt-Krankenhäusern zur Verbesserung des Krankenhausmanagements. Jedem der Mitglieder wurde eine der vier Regionen im Land zugeteilt, so dass sie in verschiedene Maßnahmen zum Kapazitätsaufbau eingebunden waren, z.B. hinsichtlich strategischer Planung und Qualitätsmanagement (INT HRD HM 3, 2, 12; INT RP 33). In Zusammenarbeit mit der GIZ erarbeitete die Gruppe ein Trainingshandbuch zum Krankenhausmanagement, das dann in allen Distrikten des Landes für Kurzurse in Krankenhausmanagement eingesetzt wurde. Während das Trainingshandbuch schon in Benutzung war, dauerte die Fertigstellung der endgültigen Version doch länger als erwartet.¹⁰⁶ Andere, in Krankenhäusern tätige ILT-Alumni gaben an, dass die Mitglieder der Sonderarbeitsgruppe eine wichtige Rolle beim Training der MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen der Distrikte spielten und schätzten daher durchaus deren Erfolge, auch wenn sie einräumten, dass es weiterhin viele Lücken gibt (INT HRD HM 7, 8, 10, 13). MitarbeiterInnen der deutschen EZ und anderer Entwicklungspartner schätzten die Arbeit der Arbeitsgruppe und arbeiteten zeitweilig eng mit dieser zusammen. Sie erwähnten

¹⁰³ Sie erhielten Gelegenheit, einen MBA in zwei Monaten statt in zwei Jahren zu erwerben, da ihre ILT-Studienleistungen berücksichtigt wurden.

¹⁰⁴ Unmittelbar nach dem Training bekleideten fünfzehn der siebzehn ILT-Alumni unterschiedliche Positionen im Krankenhaus-Management im öffentlichen Gesundheitssektor. Elf von ihnen arbeiteten in verschiedenen Verwaltungspositionen wie Verwaltungsleiter, Beschaffungsleiter, Interner Revisor oder Beauftragter für Monitoring und Evaluierung. Vier Alumni waren in der Sonderarbeitsgruppe des MoH als KrankenhausmanagerInnen tätig.

¹⁰⁵ Finanzmanagement, Entwicklung operativer und strategischer Pläne, Personal-Management, Qualitätsmanagement, Material- und Medikamenten-Management, Beschaffung sowie Daten-Management.

¹⁰⁶ Dies war bedingt durch die Tatsache, dass auf höherer Ebene des MoH der Wunsch bestand, neue Prioritätsfragen darin aufzunehmen, wie z.B. PatientInnen-orientiertes Qualitätsmanagement.

Das Trainingshandbuch ist von dem General Senior Management Meeting des MoH im Mai 2013 genehmigt worden. Es bedarf noch der Unterschrift der Ministerin, um den Status eines offiziellen Trainingslehrwerks zu erhalten.

jedoch auch, dass die Arbeit der Arbeitsgruppe immer wieder ernste Konflikte in der Abteilung für Dezentralisierung und der Abteilung für klinische Dienste sowie persönliche Konflikte zwischen der Leitung von beiden Abteilungen hervorbrachte. Die Mitglieder der Sonderarbeitsgruppe waren häufiger durch ad-hoc-Tätigkeiten überlastet (INT EXP 5; INT RP 34; INT SWAP 6). Bis heute sind sie Mitglieder der Arbeitsgruppe (Stand: Juni 2013). Die Zuständigkeit im MoH für die Arbeitsgruppe änderte sich schließlich.¹⁰⁷ Gegenwärtig ist die Arbeitsgruppe für die Akkreditierung von Krankenhäusern verantwortlich (INT HRD HM 2, 12, 33).

Ärztliche Ausbildung

Interviews mit früheren AbsolventInnen des praktischen Jahrs ergaben qualitative Belege dafür, dass das von den EntwicklungshelferInnen gebotene Training zu Fertigkeiten und Wissenstransfer führte, was wiederum zu einer Qualitätsverbesserung der Dienste an deren späterem Arbeitsplatz beitrug. Abgesehen von zwei der Befragten beschrieben alle anderen (zehn Personen) positive Effekte. Immer wieder wurde berichtet, dass Fähigkeiten, z.B. Fälle im Bereich der Diagnose oder auch der Behandlung von PatientInnen, vermittelt worden seien. Neben den klinischen Kenntnissen und Fertigkeiten berichteten die Befragten wiederholt davon, dass das Training ihre Motivation, ihr Verantwortungsbewusstsein und ihre Fähigkeit, sich um die Pflege der PatientInnen zu kümmern, gesteigert habe. Niedergelassene ÄrztInnen erwähnten auch, dass sie lernten, neue klinische und chirurgische Praktiken anzuwenden.

Aus Sicht der von DED/GIZ-EntwicklungshelferInnen trainierten graduerten und angehenden ruandischen ÄrztInnen gab es einige Hindernisse, die die Effektivität ihrer Arbeit als Allgemeinmediziner einschränkten (INT RP 11, 14, 15, 23, 27, 30): (1) schlechte Arbeitsbedingungen für ruandische ÄrztInnen in Distrikt-Krankenhäusern, (2) Mangel an qualifizierten ÄrztInnen in Distrikt-Krankenhäusern bei gleichzeitiger hoher Personalfluktuation, (3) niedrige Gehälter der ruandischen ÄrztInnen, was deren Motivation und beruflichem Engagement Grenzen setzte, und (4) schlechte Ausstattung und dürftige Instandhaltung.

Von den sieben interviewten EntwicklungshelferInnen bewerteten sechs die Gesamteffektivität ihrer Arbeit als gut, eine Person gab eine negative Bewertung ab. Alle Befragten gaben an, dass das Training der MedizinstudentInnen und angehenden ÄrztInnen effektiv gewesen sei. Diese Sichtweise der Befragten zu den wesentlichen Fertigkeiten, die sie vermitteln konnten, stimmt mit der Sichtweise der ruandischen Befragten überein. Jedoch waren die befragten EntwicklungshelferInnen hinsichtlich des Transfers der Fertigkeiten auf niedergelassene ÄrztInnen und die in den Krankenhäusern tätigen ruandischen KollegInnen kritischer.

Die *Counterparts* der EntwicklungshelferInnen standen häufig gar nicht vollumfänglich zur Verfügung, entweder weil ihre Position unbesetzt war oder weil sie einen Teil ihrer Arbeitszeit als ÄrztInnen in Privatkliniken verbrachten (INT HRD DW 3, 6, 8, 9). Somit kam es vor, dass die EntwicklungshelferInnen in die Rolle gedrängt wurden, personelle Lücken zu füllen. Mit Verantwortlichen der deutschen EZ geführte Interviews und Jahresberichte bestätigen diese Beschränkung (INT EXP 5, 11; INT HRD DW 8; INT RP 34; Jahresberichte der DED Gesundheitskoordinatoren). Die InterviewpartnerInnen führen dieses Problem oft auf ein schwaches Personalmanagement an den Krankenhäusern und auf MoH-Ebene zurück, sowie auf die schwierigen Arbeitsbedingungen der ruandischen ÄrztInnen (INT HRD DW 2, 3, 6, 8, 9). Einige der Befragten sprachen auch von einem mangelnden Verantwortungsbewusstsein oder ärztlichen Ethos unter ruandischen Gesundheitsfachkräften (INT HRD DW 2, 7, 8; INT EXP 11):

„Die EntwicklungshelferInnen brachten ihr medizinisches Ethos mit nach Ruanda. Sie waren manchmal frustriert, weil die ruandischen ÄrztInnen nicht dasselbe Ethos und Engagement aufbrachten. Aber man muss auch die Arbeitsbedingungen ruandischer ÄrztInnen bedenken. Selbst in Deutschland leben die ÄrztInnen nicht vom Idealismus“ (INT HRD DW 2). *„Vielen ruandischen ÄrztInnen fehlt noch Empathie, das Verständnis darum, dass man, weil man Arzt/Ärztin ist, sich um die PatientInnen kümmern muss. Verantwortungsbewusstsein und Ethik existieren kaum“* (INT HRD DW 8).

¹⁰⁷ Nach 2 Jahren – 2007–2009 – unter der Ägide der Abteilung für klinische Dienste übernahm die Dezentralisierungsabteilung zwischen 2009 und 2013 die Zuständigkeit für die Sonderarbeitsgruppe. Gegenwärtig ist die Arbeitsgruppe wieder der Abteilung für klinische Dienste zugeordnet.

EntwicklungshelferInnen berichteten, dass der PatientInnen-Zustrom während ihrer Anwesenheit zunahm. Wenn die PatientInnen erst einmal wussten, dass in den jeweiligen Krankenhäusern qualitativ hochwertige medizinische Versorgung geboten wurde (z.B. Behandlung komplizierter gynäkologischer Befunde, Frühgeburten, oder auch Epilepsie) kamen sie von weit weg, um diese Dienste in Anspruch zu nehmen. In gleicher Weise stieg die Zahl der chirurgischen Eingriffe im CHUB mit der Anwesenheit der deutschen EntwicklungshelferInnen (vgl. Interviews und Berichte der EntwicklungshelferInnen). Interviews und Programmdokumente liefern ebenfalls Belege für einen Beitrag der EntwicklungshelferInnen zur Entwicklung und Bereitstellung neuer Dienstleistungen (z.B. Neonatologie in Ruhengeri und Neurologie in Butare), was als positiver, nicht intendierter Output gewertet werden kann.

Die Implementierung des praktischen Jahrs war aufgrund entgegenstehender Erwartungen sowohl seitens der MedizinstudentInnen als auch des Ministeriums von diversen Schwierigkeiten begleitet. Nichtsdestotrotz wurde die Initiative umgesetzt und es gab ab 2004 ein strukturiertes Training der angehenden ÄrztInnen, und zwar nicht nur in Butare und Ruhengeri, wo EntwicklungshelferInnen tätig waren, sondern auch in drei weiteren Krankenhäusern in Kigali. Auswertungen der medizinischen Ausbildung wie auch die im Verlauf der Evaluierung vor Ort geführten Interviews zeigen, dass auf nationaler Ebene Management-, Supervisions- und Monitoring-Mechanismen für das praktische Jahr über die Jahre hinweg schwach geblieben waren (Bail & Kantengwa, 2006; Dok. 14).

Viele EntwicklungshelferInnen entwickelten auch Lehr- und Unterweisungsmaterial oder lieferten Input zu den Lehrplänen. Jedoch wurde dieser Input nicht systematisch in die Entwicklung bestehender nationaler Lehrpläne eingebettet (Dok. 14). Trotzdem war es so, dass insbesondere in der letzten Phase des gemeinsamen Programms verschiedene EntwicklungshelferInnen Aktivitäten zu nationalen medizinischen Richtlinien oder Behandlungsprotokollen beisteuerten, z.B. für die Behandlung von Fisteln oder neurologische Befunde (INT HRD 22, 18; Berichte von EntwicklungshelferInnen).

Es kann geschlussfolgert werden, dass das Ziel der HRD Komponente im gemeinsamen ruandisch-deutschen Gesundheitsprogramm erreicht wurde: „*Besser ausgebildetes Gesundheitspersonal steht der ruandischen Bevölkerung vermehrt zur Verfügung.*“ Sowohl die DED/GIZ-Unterstützung als auch das ILT in Krankenhausmanagement trugen zu einer Erhöhung der Zahl ruandischer Mediziner bei wie auch zur Erweiterung von deren Fertigkeiten und Wissen und verbesserten die Qualität der medizinischen Versorgung in ruandischen Krankenhäusern.

Interviews mit früheren, von EntwicklungshelferInnen trainierten AbsolventInnen des praktischen Jahrs und ÄrztInnen bestätigen, dass die so erworbenen Fertigkeiten ihnen bei der PatientInnen-Diagnostik und Behandlung halfen. Neben den klinischen Kenntnissen und Fertigkeiten trug das Training zu ihrer Motivation, ihrem Verantwortungsbewusstsein und ihrer Fähigkeit, sich um PatientInnen zu kümmern, bei. Diese Kenntnisse bedeuteten gerade für die graduierten ÄrztInnen eine nicht zu unterschätzende Stärke. Trotz verschiedener Herausforderungen konnten sie diese in Distrikt-Krankenhäusern einsetzen, was zum Nutzen der ruandischen Bevölkerung gereichte, insbesondere von Frauen und Kinder. Die Herausforderungen bestanden im Wesentlichen in den schlechten Arbeitsbedingungen, die den ruandischen ÄrztInnen in den Distrikt-Krankenhäusern geboten wurden, darunter der Mangel an qualifizierten ÄrztInnen verbunden mit hoher Personalfuktuation, dürtiger Ausstattung und unzureichender Instandhaltung. Diese Faktoren waren über Jahre hinweg im ganzen Land vorzufinden und hatten eine negative Auswirkung auf die Motivation ruandischer ÄrztInnen, über einen längeren Zeitraum hinweg an Distrikt-Krankenhäusern tätig zu bleiben. Die von den DED/GIZ-EntwicklungshelferInnen eingenommene Rolle zur Füllung von personellen Lücken sollte man daher in erster Linie als eine systemimmanente Herausforderung und nicht als direkten, nicht-intendierten Effekt der Unterstützung durch die deutsche EZ sehen.

Im Anschluss an ihre Rückkehr nach Ruanda trugen die ILT-Alumni an ihrem jeweiligen Arbeitsplatz zur Verbesserung verschiedener Aspekte des Krankenhausmanagements bei. Die Evaluierung zeigt, dass viele Transferprojekte positive Auswirkungen auf

die Qualität der Versorgung hatten. Die ILT-Alumni sahen sich bei ihren Verbesserungsbemühungen allerdings auch mit einer Reihe von Herausforderungen konfrontiert, unter anderem mit dem Widerstand von KollegInnen gegenüber Neuerungen und einer immer noch begrenzten Autonomie der Krankenhäuser im Personalbereich. Eine Ausweitung der positiven Effekte wurde durch die Einrichtung der Sonderarbeitsgruppe und der landesweiten Trainingsmaßnahmen für Krankenhausverwalter erreicht. Jedoch schränkte die hohe Personalfuktuation bei dem Verwaltungspersonal die Effektivität dieser kurzen, berufs begleitenden Trainingsmaßnahmen deutlich ein. Die Entwicklung eines Trainingshandbuches für Krankenhausmanagement, an der Mitglieder der Sonderarbeitsgruppe intensiv beteiligt waren, dauerte lange und eine Validierung steht noch aus.

Effizienz

Krankenhausmanagement

Die Effizienz des ILT zu Krankenhausmanagement wurde in einem vergleichenden Ansatz bewertet, bei dem die Kosten des ILT pro TeilnehmerIn mit den Kosten eines ähnlichen Trainings für Gesundheitsmanagement verglichen wurden. Leider war es nicht möglich, Zugang zu den entsprechenden Daten für den von der *School of Public Health* angebotenen Krankenhausmanagement-Kurs zu erhalten. Jedoch konnte ein Kostenvergleich mit dem zweijährigen *Master of Business Administration* (MBA) Kurs in Gesundheitsmanagement der Mzumbe University in Tansania angestellt werden.¹⁰⁸

Die direkten Gesamtkosten für das ILT beliefen sich auf 5,65 Mio. EUR. Der größte Teil des ILT-Budgets wurde für den Ausbildungsteil in Deutschland ausgegeben. Die Kosten für die zweite Phase beliefen sich auf 4,23 Mio. EUR und stellten 75 % der direkten Gesamtkosten für das ILT dar. Die direkten Kosten für die erste ILT-Phase, nämlich die Auswahl der TeilnehmerInnen und der Deutschkurs in Afrika, machten 16 % der direkten ILT-Gesamtkosten aus. Die dritte Phase, in der Transfer-Projekte in den jeweiligen Ländern der ILT-TeilnehmerInnen durchgeführt wurden, machte 9 % der direkten ILT-Gesamtkosten aus. Wenn man die Verwaltungskosten zu den Gesamtkosten aller ILT (ILT 1 – ILT 6)

hinzurechnet, ergibt sich ein Betrag von 9,74 Mio. EUR. Somit belaufen sich bei einer Gesamtzahl von 124 ILT-TeilnehmerInnen in der zweiten Phase die durchschnittlichen Gesamtkosten pro ILT-TeilnehmerIn auf schätzungsweise 79.000 EUR.

Auf der Grundlage der durchschnittlichen Kosten für afrikanische TeilnehmerInnen beliefen sich die für die 17 TeilnehmerInnen aus Ruanda anfallenden Kosten auf 1,34 Mio. EUR. Die Kosten für den zweijährigen, von der Mzumbe University in Tansania angebotenen MBA-Kurs in Gesundheits-Management werden pro TeilnehmerIn auf durchschnittlich 12.000 EUR (INT HRD HM 1) geschätzt und sind somit erheblich niedriger als die Kosten des in Deutschland durchgeführten ILT. Der Inhalt des MBA-Kurses in Tansania wurde unter Berücksichtigung der Erfahrungen mit dem ILT entwickelt. Der Kurs bietet einen Master-Abschluss, das ILT nicht. Wenn man davon ausgeht, dass ein MBA-Abschluss in Gesundheits-Management in Ruanda zu ähnlichen Kosten hätte angeboten werden können, wären auch die Opportunitätskosten niedriger gewesen. Jedoch hätten die TeilnehmerInnen nicht die Gelegenheit gehabt, aus den in deutschen Krankenhäusern gemachten Erfahrungen zu lernen.

Bezüglich der in diese Trainingsmaßnahme investierten Zeit waren die befragten ILT-Alumni recht kritisch. Ihrer Meinung nach war die zum Erlernen der deutschen Sprache investierte Zeit sehr lang, und das erreichte sprachliche Niveau nicht ausreichend, um zu lernen oder die KollegInnen im Rahmen des beruflichen Trainings zu verstehen. Darüber hinaus konnten sie die Sprachkenntnisse nicht über den ILT-Zeitraum hinaus nutzen. Wenn der ILT-Kurs in Englisch gehalten worden wäre, hätte man die ILT-Kosten erheblich senken können. Eine weitere unabhängig durchgeführte Evaluierung kam zu ähnlichen Schlussfolgerungen (Dok. 46).

Ärztliche Ausbildung

Auf die Durchführung einer Kosten-Nutzen-Analyse der DED-Unterstützung zur Ausbildung von angehenden ÄrztInnen wurde innerhalb dieser Evaluierung verzichtet. Insgesamt schätzten die EntwicklungshelferInnen das Verhältnis zwischen dem in ihre

¹⁰⁸ Dieser Vergleich ist zulässig trotz der Unterschiede zwischen dem ILT und dem MBA Kurs: Das ILT will die Teilnehmer in die Lage versetzen, Wissenstransfer-Projekte zu gestalten, was nicht Teil der Inhalte der MBA-Kurse ist. Aber während der MBA-Kurs zu einem akademischen Abschluss führt, ist das beim ILT nicht der Fall.

Tätigkeit eingebrachten Einsatz im Verhältnis zum Nutzen als angemessen ein (vgl. Ergebnisse des Surveys und der Interviews). Die meisten EntwicklungshelferInnen erwähnten, dass die Tätigkeit sehr anspruchsvoll und zeitweilig äußerst anstrengend war, sind aber rückschauend der Ansicht, dass es sich gelohnt habe. Ihre Bewertung bezieht sich auf das jeweilige Aufgabenbereich, ob *Counterparts* vorhanden waren, sowie auf den eigenen Erwartungen. Unter den befragten früheren AbsolventInnen des praktischen Jahrs erwähnten einige ausdrücklich, dass die Dauer des Medizinstudiums sich nicht angemessen in den Gehältern widerspiegelte, die ihnen nach ihrer Graduierung geboten wurden (INT RP 13, 14, 23, 36).

Nachhaltigkeit

Die deutsche EZ hat eine langfristige, positive Wirkung auf das Denken der von EntwicklungshelferInnen trainierten MedizinstudentInnen gehabt. Es gibt hinreichende Belege dafür, dass das Training der MedizinstudentInnen neben dem Erwerb von klinischen Kenntnissen und Fertigkeiten auch zu deren Motivation, Verantwortungsbewusstsein und Fähigkeit, mit PatientInnen umzugehen, beitrug. Soweit man dies ohne umfassende, quantitativen Informationen feststellen kann, ist *Braindrain*, d.h. die Abwanderung von qualifiziertem Gesundheitspersonal in andere Länder, in Ruanda kein Problem: 15 der 17 Alumni befinden sich zu dem Zeitpunkt der Evaluierung noch im Land.

Obwohl Personalfluktuation ein Problem darstellte, waren die über die Jahre mit Unterstützung durch DED-EntwicklungshelferInnen entwickelten Dienste noch in Funktion, was besonders im Krankenhaus von Ruhengeri deutlich wurde. Die Instandhaltung der Ausstattung war über die Jahre ein ernstes Problem und bleibt in allen Krankenhäusern eine Bedrohung für die Nachhaltigkeit der Gesundheitsdienste (Vergleichende Fallstudie).

Die kontinuierliche Unterstützung des praktischen Jahrs für angehende ÄrztInnen über die Jahre hinweg ist ein langfristiger und systembildender Effekt der deutschen EZ. Jedoch gibt es trotz der Reform von 2010 immer noch organisationale Herausforderungen, insbesondere hinsichtlich der Kapazität von Distrikt-Krankenhäusern, geeignete Ausbildungsbedingungen und eine

angemessene Supervision der angehenden ÄrztInnen zu bieten. Die Nachhaltigkeit des Kurses in medizinischer Versorgung wird auch davon abhängen, ob die involvierten ruandischen Institutionen in der Lage sind, gegenwärtige Managementprobleme anzugehen und zu lösen. Auch sollte erwähnt werden, dass von dem Potential der ILT-Alumni, sei es bei der Sonderarbeitsgruppe oder auf Distrikt-Ebene, aufgrund ihrer Erfahrung einen Beitrag zu dem Trainingskurs zu leisten, immer noch kaum Gebrauch gemacht wird.

Ein potentieller Auftrieb für die Nachhaltigkeit ist der politische Wille der ruandischen Regierung, weiterhin in die Personalentwicklung im Gesundheitssektor zu investieren und zur Erreichung dieses Ziels auf externe Ressourcen zurückzugreifen. In der medizinischen Ausbildung gibt die ruandische Regierung jetzt der Ausbildung von FachärztInnen Priorität. Fragezeichen bestehen hinsichtlich des folgenden Langzeit-Engagements dieser FachärztInnen in Distrikt-Krankenhäusern. Aus den Interviews mit von EntwicklungshelferInnen trainierten früheren AbsolventInnen des praktischen Jahrs und ÄrztInnen ist eher auf einen nationalen *Braindrain* vom öffentlichen Gesundheitswesen in Richtung des Privatsektors zu schließen. Für viele der befragten Personen ist der ideale Arbeitsplatz der Zukunft nicht das öffentliche Krankenhaus. Die ruandischen Distrikt-Krankenhäuser werden daher aller Wahrscheinlichkeit nach weiterhin von einer ständig wechselnden MitarbeiterInnenschaft gut ausgebildeter AllgemeinärztInnen abhängig sein, wenn die Arbeitsbedingungen im öffentlichen Gesundheitssektor in der Zukunft nicht erheblich besser werden. Die Weiterführung eines praxisorientierten Ausbildungsprogramms wird daher eine bedeutende Rolle bei der Ausbildung von AllgemeinmedizinerInnen spielen.

3.4 Impact

Das übergeordnete Ziel des Programms war die Verbesserung des Gesundheitsstatus der ruandischen Bevölkerung. Um zur Erreichung dieses Ziels beizutragen, wurden drei Komponenten-Ziele gesetzt. Ziel der Komponente zu Gesundheitsfinanzierung war es, den Zugang zu Gesundheitsdiensten auf finanziell

nachhaltige Weise zu erhöhen. Die Komponente zu sexueller und reproduktiver Gesundheit konzentrierte sich auf die für die reproduktive Gesundheit und Familienplanung gesetzten Ziele. Die Komponente zu Personalentwicklung leistete Unterstützung für die Bereitstellung von Diensten und die Qualifizierung des Gesundheitspersonals. Während die Beiträge der deutschen EZ zu den einzelnen Komponenten-Zielen die Effektivität der deutschen EZ auf Output- und Outcome-Ebene steigerten, stellen die gesammelten Bemühungen innerhalb aller drei Komponenten den Impact des Gesamtprogramms dar (Anhang D).

Gemäß dem vorgeschlagenen Analyserahmen beziehen sich relevante Impact-Indikatoren auf den Gesundheitsstatus der ruandischen Bevölkerung einschließlich der Veränderungen in den Bereichen Mortalität und Morbidität, Chancengleichheit im Gesundheitswesen, Risikoabsicherung und Fertilität (vgl. Kapitel A.2.1). Daher bleibt die zentrale Untersuchungseinheit auf Bevölkerungsebene. Um den Grad der Erreichung des Programmziels zu bewerten, konzentriert sich die Analyse auf Veränderungen hinsichtlich der strategischen Ziele, die sich an den NutzerInnen bzw. PatientInnen von Gesundheitsdiensten orientierten und in HSSP II ausgeführt werden, darunter (1) Familienplanung, Mutter-Kind-Gesundheit sowie reproduktive Gesundheit, (2) Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sowie (3) Behandlung und Bekämpfung von Krankheiten (GoR & MoH, 2009). In Ausrichtung auf ruandische Prioritäten und in Einklang mit dem deutschen Ansatz zur Gesundheitssystemstärkung wurden drei Hauptindikatoren für das Programm aus der EDPRS gemäß der oben genannten strategischen Ziele von HSSP II abgeleitet, darunter die Gesamtfertilitätsrate, Säuglingssterblichkeit und HIV-Prävalenz. Alle Komponenten trugen effektiv zu der Verbesserung dieser breiter angelegten Entwicklungsziele gemäß den einzelnen Komponentenzielen bei. Der Fortschritt hierbei wurde über komponentenspezifische Output- und Outcome-Indikatoren erfasst, die in den Kapiteln B.3.3.1 – B.3.3.4 vorgestellt wurden (vgl. auch Anhang E).

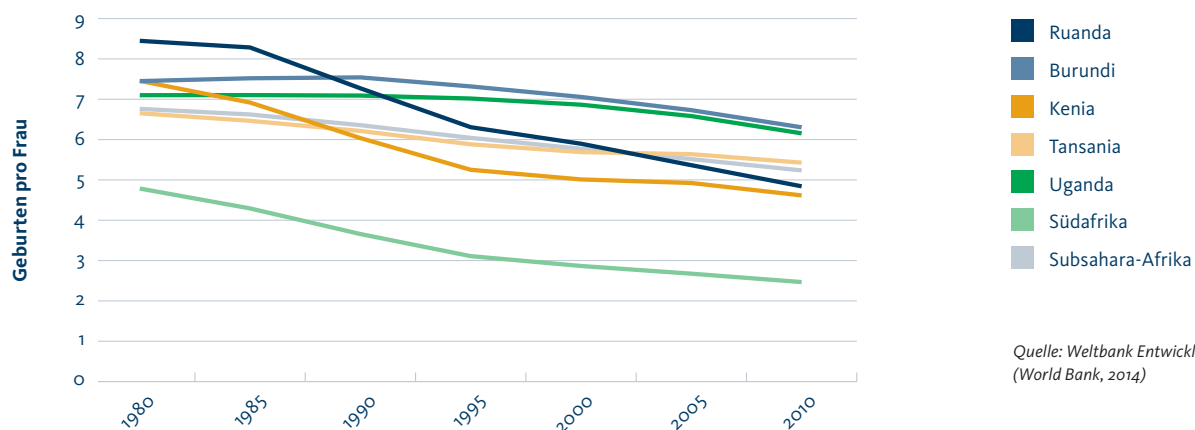
Die Komplexität des SWAp-Umfeldes setzt der Impact-Bewertung hohe Hürden. Durch die Anwendung einer Kontributionsanalyse konnten plausible Beziehungen auf Grundlage

der Interventionslogik des Programms hergestellt werden. Die Analyse berücksichtigt auch, soweit möglich, konfundierende Faktoren und alternative Erklärungen. Doch konzentriert sich die Analyse auf plausible Links zu dem jeweiligen Impact, ohne eine Bewertung der Stärke der Effekte im Verhältnis zu den anderen involvierten Partnern vorzunehmen.

Familienplanung, Mutter-Kind-Gesundheit und reproduktive Gesundheit

Zu den wesentlichen, von der deutschen EZ unterstützten familienorientierten Leistungen gehörten Familienplanung, Mutter-Kind-Gesundheit und reproduktive Gesundheit. Bei den Maßnahmen in diesem Bereich handelte es sich überwiegend um präventive oder Förderaktivitäten wie auch um die Bewältigung von neonatalen und Kinderkrankheiten. Das Ziel dieses Maßnahmenbereichs ist, die Gemeinde durch Informationen, Bildung und andere Strategien zu stärken sowie den Zugang zu medizinischer Grundversorgung bereitzustellen.

Während des SWAp-Zeitraums machte Ruanda bemerkenswerte Fortschritte im Bereich Familienplanung und sexueller und reproduktiver Gesundheit. Ab 2005 ging der Programm-Indikator der Gesamtfertilitätsrate von 6,1 auf 4,6 Kinder pro Frau im Jahr 2010 zurück (NISR et al., 2012; NISR & ORC Macro, 2006). Die Nutzung von Weltbank-Daten ermöglicht einen regionalen Vergleich, der zeigt, dass Ruanda seine Fertilitätsrate sehr viel schneller senkte als andere Länder der Ostafrikanischen Gemeinschaft (Abbildung 10). Der Rückgang der Gesamtfertilitätsrate steht zweifellos in Zusammenhang mit der rapiden Zunahme des Gebrauchs moderner Verhütungsmittel durch verheiratete Frauen, wozu die deutsche EZ – wie in Kapitel B.3.3.3 erläutert – beitrug. Es bleiben jedoch Land-Stadt-Disparitäten, da Frauen auf dem Land höhere Fertilitätsraten aufweisen als in den Städten. In Bezug auf Familienplanung war die Unterstützung des sozialen Marketings über den Privatsektor die wichtigste Strategie auf Gemeinde-Ebene. Darüber hinaus unterstützte die deutsche EZ den öffentlichen Sektor, was zu einer Erhöhung der technischen Kapazitäten und mehr Personal in den Gesundheitszentren, der GesundheitsarbeiterInnen in den Gemeinden und mehr *Peer Educators* sowie erweiterten Verbindungen zu den Aktivitäten des Privatsektors

Abbildung 10. Gesamtfertilitätsrate (Geburten pro Frau)

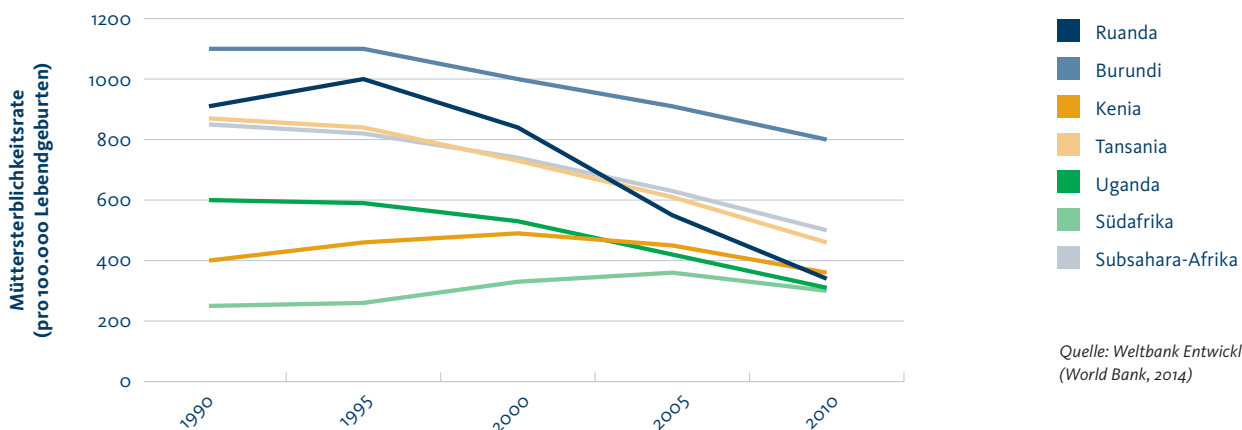
führte. Auch die Ergebnisse einer Sekundärdatenanalyse des DHS von 2010 zeigten den starken Einfluss einiger sozialer Bestimmungsfaktoren auf die Gesundheit deutlich, darunter Bildung, wirtschaftliche Entwicklung und eine moderne Lebensweise.

Trotz des bemerkenswerten Erfolgs bestehen regionale, sozio-ökonomische und altersspezifische Unterschiede weiter. Erstens ist die Fertilitätsrate in ländlichen Gebieten höher als in den städtischen Regionen. Zweitens ist die Gesamtfertilitätsrate unter den weniger gebildeten Schichten und denen mit niedrigem Einkommen weiterhin höher (NISR et al., 2012). Drittens ging die Fertilität unter Teenagern langsamer zurück, und die Frauen in ländlichen Gegenden gebären früher. Eine Untersuchung der Beziehung zwischen Fertilität und modernen Verhütungsmitteln ergab, dass die arme Bevölkerung in den Städten und die Bevölkerung auf dem Land die höchste Fertilität aufweisen, sowie die niedrigste Prävalenz von Verhütungsmitteln und auch die höchste ungedeckte Nachfrage nach Familienplanung haben (NISR et al., 2012). Während die Trends also auf eine allgemeine Verbesserung der Gesamtfertilitätsrate hinweisen, ist die Chancengleichheit im Gesundheitswesen noch nicht weit verbreitet. Auch wenn man davon ausgehen darf, dass die Konzentration der deutschen EZ auf die ländliche Bevölkerung und Jugendliche solche Ungleichheiten reduziert hat, kann keine genaue

Berechnung dieser Effekte aufgrund mangelnder Daten angestellt werden. Es scheint jedoch, dass einige Bemühungen in dem Bereich weniger effektiv zu dem Impact beitragen konnten. Die Vergleichende Fallstudie ergab, dass, obwohl junge Menschen Zugang zu modernen Verhütungsmitteln haben, die Relevanz von Informationskampagnen zu Familienplanung eher begrenzt ist, besonders in ländlichen Gebieten. Da Informationskampagnen eines der zentralen Elemente der Strategie für soziales Marketing waren, ist dieses Ergebnis etwas überraschend. Die Evaluierung ergab auch, dass Jugendliche und unverheiratete Frauen immer noch zu wenig Zugang zu moderner Familienplanung haben, was auch in den von der deutschen EZ unterstützten Distrikten zutraf.

Die Unterstützung der deutschen EZ zur Mutter-Kind-Gesundheit trug zu einem Rückgang der Müttersterblichkeit bei, wobei Ruanda bemerkenswerte Fortschritte erzielte und das MDG-Ziel durch Senkung der Rate von 1.300 pro 100.000 Lebendgeburten im Jahr 1990 auf 325 im Jahr 2015 erreichte (Abbott & Rwirahira, 2012). Bis 2012 lag die Müttersterblichkeitsrate bei 487 (NISR et al., 2012). Abbildung 11 zeigt auf, dass Ruanda seine Müttersterblichkeitsrate im Vergleich zu anderen Ländern der Region in den letzten Jahrzehnten extrem schnell senkte. Der Hauptgrund für diese Verbesserung liegt darin, dass immer mehr Frauen in Gesundheitszentren unter Unterstützung von qualifiziertem

Abbildung 11. Müttersterblichkeitsrate (pro 100.000 Lebendgeburten)

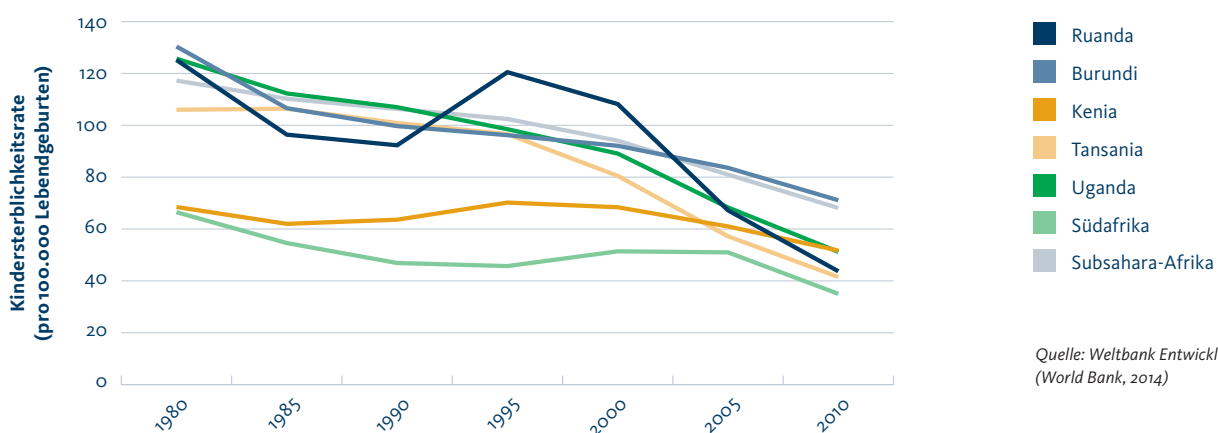


medizinischem Personal entbinden. Die deutsche EZ trug durch technische und finanzielle Zusammenarbeit mit den Distrikt-Gesundheitseinrichtungen und insbesondere der Unterstützung der Personalentwicklung zu dieser Entwicklung bei. Die Qualitäts- und Quantitätsverbesserung der Dienstleistungen findet Bestätigung durch die Ergebnisse aus der Vergleichenden Fallstudie in den vier Distrikten. Eine weitere Reduzierung der Mortalitätsrate unter Müttern wird nur durch mehr stationäre

Entbindungen möglich sein, indem Frauen dazu angehalten werden, regelmäßig die Schwangerschaftsvorsorge wahrzunehmen, und die geburtshilfliche Versorgung erweitert wird.

Darüber hinaus gelang es, die Mortalitätsrate bei Kindern unter fünf Jahren von 103 pro 1.000 Lebendgeburten im Jahr 2008 auf 76 pro 1.000 Lebendgeburten 2010 zu senken (NISR et al., 2012; NISR et al., 2009). Im gleichen Zeitraum ging der

Abbildung 12. Kindersterblichkeitsrate (pro 100.000 Lebendgeburten)



Programm-Indikator für Säuglingssterblichkeit von 62 pro 1.000 auf 50 pro 1.000 Lebendgeburten zurück, sehr viel schneller als der Durchschnitt in Subsahara-Afrika (vgl. Abbildung 12). Bezüglich Kindergesundheit stellten Binagwaho et al. (2012) fest, dass die Abdeckung durch CBHI zu langfristigen Verbesserungen führte (gemessen an chronischer Unterernährung und Mortalität). Doch räumen die Autoren ein, dass diese Ergebnisse nicht allein den Rückgang zwischen DHS 2005 und 2010 erklären können. Ferner bestätigen sie, dass noch mehr getan werden muss, um die Prävalenz von chronischer Unterernährung auf das MDG-Ziel von 24,5% zu senken.

Im erweiterten Kontext von Fertilität und Mutter-Kind-Gesundheit ist chronische Unterernährung ein nicht zu vernachlässigender Faktor. In Ruanda ist die Unterernährungsrate von 51% im Jahr 2005 auf 44% der unter fünf Jahre alten Kinder im Jahr 2010 zurückgegangen (GoR & MoH, 2011a). Über die Frage der Gesundheit hinaus ist der Ernährungsstand der Bevölkerung auch von Relevanz und entscheidend im Zusammenhang mit der in Vision 2020 dargelegten sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung. Jedoch sind chronische und akute Unterernährung immer noch endemisch bei einem Großteil der ruandischen Frauen und ihrer Kinder (NISR et al., 2012). Besonders auffallend sind die Unterschiede zwischen den sozio-ökonomischen Schichten, da Unterernährung bei besser gestellten Familien am wenigsten vorkommt (NISR et al., 2012). Daher sollten Strategien zu Mutter-Kind-Gesundheit verbessert und durch Maßnahmen, die den Ernährungsstand der Bevölkerung zu beeinflussen suchen ergänzt werden.

Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten

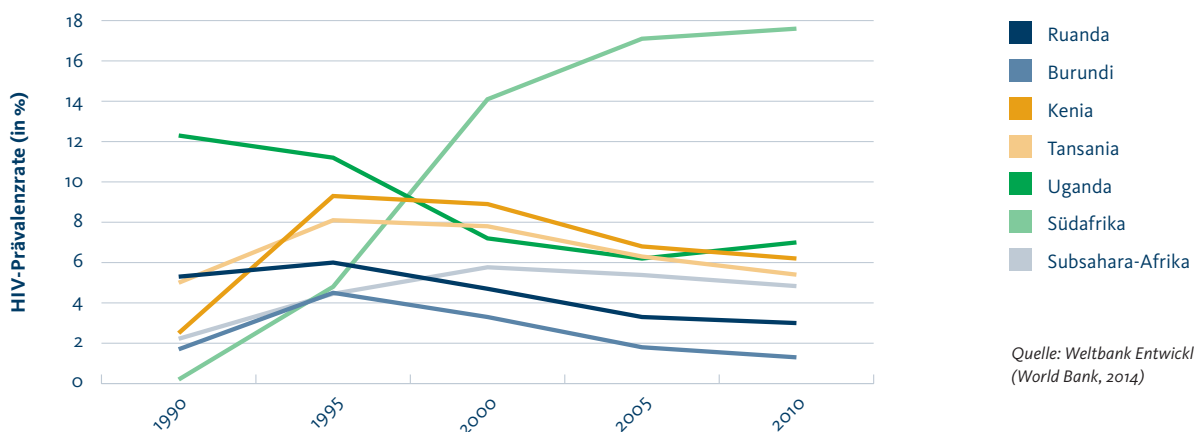
Im Bereich der Gesundheitsförderung (*health promotion*) und Krankheitsprävention konzentrierte sich die deutsche EZ auf bevölkerungsorientierte Gesundheitsdienste. Zu den Dienstleistungen gehören sowohl regelmäßig wiederkehrende Maßnahmen in Gemeinden als auch kontinuierliche Dienstleistungen in Gesundheitseinrichtungen.

Erhebliche Anstrengungen zu Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention wurden im Bereich der HIV-Prävention

unternommen. Hier wurde der Ansatz der deutschen EZ für Gesundheitssystemstärkung durch die Tätigkeit anderer wichtiger DP ergänzt, z.B. durch umfangreiche vertikale Programme zur HIV-Prävention, implementiert durch die US-Regierung, wie auch multilaterale Aktivitäten seitens des GFATM und PEPFAR. Der GFATM enthält auch finanzielle Beiträge aus Deutschland, das weiterhin einer der größten Geber zum GFATM ist. Die beiden Programme stellten beträchtliche Geldmittel zur Verfügung, insbesondere für Maßnahmen wie VCT und antiretrovirale Therapie.

Ab 2000 ging die HIV-Prävalenz in Ruanda von schätzungsweise 4,7% (World Bank, 2014) auf die auf Grundlage der DHS-Daten geschätzten 3% für 2005 und 2,8% für 2010 zurück (NISR et al., 2012). Bedingt durch die begrenzten Datenquellen für Ruanda in den späten 1990ern ergaben sich aus einigen Studien für den Zeitraum um 2000 extrem hohe nationale HIV-Raten von mehr als 10% (UNAIDS & WHO, 2000), die aber später neu berechnet und angepasst wurden. Trotz der begrenzten Vergleichbarkeit des für 2000 geschätzten Durchschnitts und der durch die DHS für 2005 ermittelte Rate stellen alle verfügbaren Datenquellen einen bemerkenswerten Rückgang der allgemeinen HIV-Prävalenz fest. Heute hat Ruanda eine der niedrigsten HIV-Prävalenzraten in Subsahara-Afrika. Ein regionaler Vergleich zeigt für Ruanda eine moderate HIV-Prävalenz, wie aus Abbildung 13 zu ersehen. Frauen sind in der Regel eher HIV-positiv mit Werten von 3,7% im Jahr 2010 im Vergleich zu Männern mit 2,2% (NISR et al., 2012). Durch die nationale Strategie zur HIV-Bekämpfung und insbesondere durch den hohen Abdeckungsgrad durch antiretrovirale Therapie konnte Ruanda die Zahl der HIV-Neuinfektionen zwischen 2001 und 2012 um schätzungsweise 55% und die der AIDS-Toten um bemerkenswerte 75% senken (UNAIDS, 2013).

Obwohl diese Faktoren auch zu einer Stabilisierung der HIV-Prävalenz für die Gesamtbevölkerung beitrugen, ging diese nicht weiter zurück und bleibt in Hochrisikogruppen extrem hoch (GINT SRH 6, 28, 30). Durch VCT stellte man fest, dass 2010 mehr als 50% der Prostituierten HIV-positiv waren (Rwanda Biomedical Center, 2012). Hinsichtlich des extrem hohen Vorkommens von HIV unter gewerbsmäßigen Prostituierten hat die Strategie

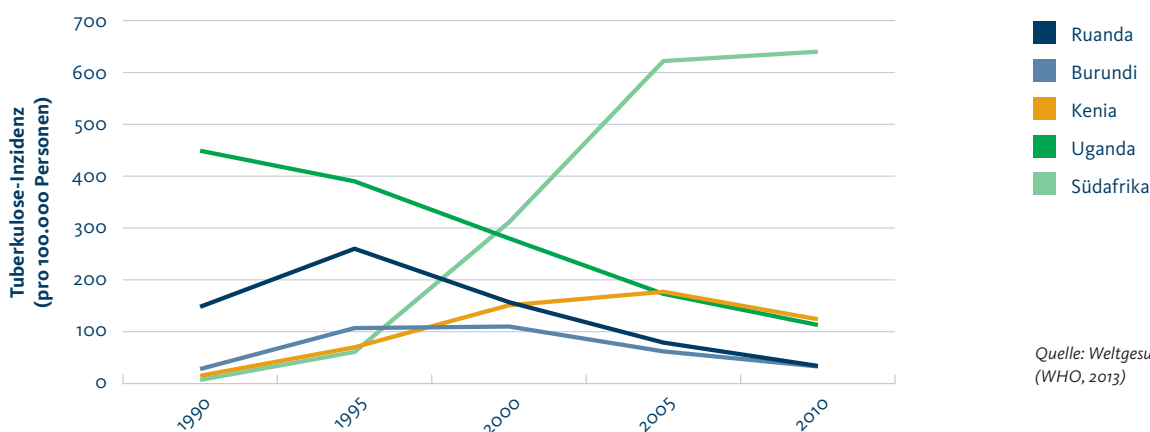
Abbildung 13. HIV-Prävalenz (% der Bevölkerung im Alter 15–49)

der deutschen EZ bezüglich Hochrisikogruppen nur begrenzte Wirkung gezeigt. Darüber hinaus wurde ein nicht-intendierter Effekt des sozialen Marketings durch die Vergleichende Fallstudie in den vier Distrikten festgestellt: Fokus-Gruppen-Diskussionen mit jungen Erwachsenen zeigten, dass Sex durch die Nutzung von Kondomen als sicher wahrgenommen wird und dies zu zunehmender Prostitution unter jungen, von extremer Armut betroffenen Menschen führt. Falls dieser Trend Ausdruck zunehmender Promiskuität – und nicht eines Einzelfänomen der zufällig für diese Gespräche ausgewählten Gemeinden – sein sollte, würde dies eine zusätzliche Herausforderung für Informations- und Bildungskampagnen auf Gemeinde-Ebene bedeuten.

Behandlung und Bekämpfung von Krankheiten

Zu den Bemühungen der deutschen EZ um die Behandlung und Bekämpfung von Seuchen gehören alle Arten der kurativen Versorgung, die von Gesundheitsfachkräften zu erbringen sind. Während einige EntwicklungshelferInnen auch in der direkten Behandlung der Bevölkerung tätig waren, konzentrierte sich der Ansatz im Wesentlichen auf Personalentwicklung durch Training und Ausbildung. Es wurden unterschiedliche Maßnahmen in verschiedenen Gesundheitseinrichtungen implementiert.

Zur Bewertung des Impacts in den Bereichen Behandlung und Bekämpfung von Krankheiten bedarf es Informationen des Morbiditäts- und Mortalitätsstatus. In Ruanda ist Malaria weiterhin eine der Hauptbedrohungen im Zusammenhang mit Morbidität und Mortalität; sie ist der Hauptursache für den Tod von Kindern im Alter von weniger als fünf Jahren, und die zweithäufigste Ursache bei Erwachsenen, gefolgt von HIV/AIDS (GoR & MoH, 2009). Daten aus dem nationalen Malariabekämpfungsprogramm zeigen, dass die Malaria-Inzidenz zwischen 2005 und 2010 um 70 % zurückging (NISR et al., 2012). Zwischen 2008 und 2010 ging die Malaria-Prävalenz bei Kindern unter fünf Jahren von 2,4 % auf 1,4 % zurück und bei Frauen zwischen 15 und 49 Jahren von 1,4 % auf 0,7 % (NISR et al., 2012). Im Jahr 2010 war Malaria noch einer der Hauptgründe, aus denen ambulante PatientInnen die Distrikt-Krankenhäuser, Gesundheitszentren und die GesundheitsarbeiterInnen in den Gemeinden aufsuchten (MoH, 2012d). Innerhalb der letzten Jahre trug die deutsche EZ zur Erbringung von Dienstleistungen durch technische und finanzielle Unterstützung der Gesundheitseinrichtungen, der ärztlichen Ausbildung und des Krankenhausmanagements bei.

Abbildung 14. Tuberkulose-Inzidenz (pro 100.000 Personen)

Neben Malaria und HIV/AIDS sind Tuberkulose und Tropenkrankheiten eine wesentliche Bedrohung für den Gesundheitsstatus der ruandischen Bevölkerung, der man am besten mittels integrierter Strategien begegnet. Hier konzentrierte sich der von der deutschen EZ gewählte Ansatz zur Gesundheitssystemstärkung darauf, Tuberkulose und HIV wie auch deren Ko-Management in integrierter Form anzugehen. Abbildung 14 zeigt einen signifikanten Rückgang der Tuberkulose-Inzidenz in Ruanda seit 1995. Im Jahr 2011 wurden alle gemeldeten Tuberkulose-PatientInnen auch auf HIV getestet (MoH, 2012d). Die HIV-Prävalenz bei Tuberkulose-PatientInnen belief sich insgesamt auf 28 %. Diese Zahlen zeigen, dass die Mehrzahl der Maßnahmen sowohl auf nationaler wie auf dezentraler Ebene erfolgreich gewesen sind, darunter Ruandas Tuberkulose/HIV-Politik, HIV-Beratung und -Tests, Prävention der Mutter-Kind-Übertragung, Bereitstellung von Versorgung und Behandlung von Tuberkulose und universelle Abdeckung durch antiretrovirale Behandlungen.

Eine Maßnahme, die große Aufmerksamkeit auf die Verbesserung der Behandlung und Bekämpfung von Krankheiten lenkte, war PBF. Im Jahr 2011 wurden 12 Mrd. RWF für die Finanzierung der PBF-Maßnahmen eingesetzt (MoH, 2012d). Allein die Maßnahmen im Zusammenhang mit HIV machten 32 % der Gesamtaufwendungen aus. Die Untersuchung der Effektivität

von PBF hat Belege dafür erbracht, dass das Leistungssystem zu einer Erhöhung der Qualität und Quantität bei den Gesundheitsdiensten beigetragen hat. Allerdings besteht das nicht zu vernachlässigende Risiko, dass unerwünschte negative Wirkungen auftreten (vgl. Kapitel B.3.3.2). Es gibt in der Zusammenschau jedoch nicht ausreichend Belege dafür, die Verbindung zwischen der Outcome-Ebene zu der Impact-Ebene von PBF zu bewerten. Eine Studie von Sherry et al. (2013) auf der Grundlage der DHS-Runden von 2005 und 2007/2008 liefert unterstützende Belege dafür, dass mehr Dienstleistungen bereit gestellt wurden, konnte aber keine Auswirkungen auf den Gesundheitsstatus feststellen, die für diese Dienste postuliert werden. Während diese Ergebnisse die Verbindung von Outcome und Impact der ToC zu PBF in Frage stellen, ist es aber auch unmöglich, alle konfundierenden Einflüsse auszuschließen. Darüber hinaus spiegeln die Ergebnisse die Situation von vor zwei Jahren wider und können daher nicht als abschließender Nachweis betrachtet werden. Skiles, Curtis, Basinga und Angeles (2013) analysierten dieselben Daten und stellten fest, dass PBF in allen Einkommensquintilen eine erhöhte Nutzung von Gesundheitsdiensten nach sich zieht. Dies stellt einerseits die Auffassung in Frage, dass PBF die Chancenungleichheit vergrößere, bestätigen aber andererseits auch nicht, dass die Konzeption von PBF armutsorientiert ist. Es kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass PBF die

Bemühungen um chancengereichten Zugang über die CBHI weder unterminiert noch fördert.

Abschließend kann festgehalten werden, dass Ruanda im letzten Jahrzehnt eine bemerkenswerte Verbesserung des Gesundheitsstatus der Bevölkerung erlebt hat. Nahezu alle nationalen Gesundheitsindikatoren haben sich stark verbessert und ergeben ein sehr positives Bild von der gegenwärtigen Leistungsfähigkeit des Gesundheitssektors. Damit ist Ruanda auf dem besten Weg, die meisten gesundheitsbezogenen MDG vor 2015 zu erfüllen. Der Großteil der relevanten Indikatoren verbesserte sich sehr viel schneller als der Durchschnitt in Subsahara-Afrika und den Nachbarländern Ruandas. Gemeinsam mit den Partnern hat die deutsche EZ durch Unterstützung des Gesundheitssektors erheblich zu dieser Entwicklung beigetragen. Während jedoch der Ansatz der deutschen EZ zur Stärkung des Gesundheitssystems ein wesentliches Element der ruandischen Gesundheitsarchitektur gewesen ist, stützte sich ein signifikanter Teil des beeindruckenden Fortschritts auf das große finanzielle Engagement einiger vertikaler Programme in der Malaria-, Tuberkulose- und HIV/AIDS-Prävention. Weiterhin stellt die Evaluierung ein gemischtes Bild hinsichtlich des Beitrags der deutschen EZ zur Beseitigung der Disparitäten im Gesundheitsstatus der ruandischen Bevölkerung fest. Einerseits war der Mehrebenen-Ansatz der deutschen EZ hinsichtlich der Verbesserung des allgemeinen Abdeckungsgrades und des Zugangs zu Gesundheitsdiensten durch Unterstützung von Flaggschiff-Programmen wie CBHI und PBF höchst effektiv. Ergänzende Maßnahmen wie die sozialen Fonds begleiteten diese Programme während der Übergangsphase zu stärker armutsorientierten Strategien. Andererseits reichte die Konzentration der deutschen EZ auf einige spezifische Zielgruppen und abgelegene Gebiete nicht aus, um die sozio-ökonomischen, alters- und geschlechterspezifischen wie auch Land-Stadt-Disparitäten im Gesundheitsstatus der ruandischen Bevölkerung zu reduzieren.

3.5

Kohärenz, Komplementarität und Koordination

Beiträge der deutschen EZ zur Erreichung von Kohärenz, Komplementarität, Koordination und Harmonisierung zwischen DP im Kontext des SWAp und Mechanismen der Gemeinschaftsfinanzierung

Das Programm war stark auf das HSSP ausgerichtet und wirkte durch die Strukturen und Mechanismen des SWAp (vgl. Kapitel B.3.3.1). Die deutsche EZ trug kontinuierlich zur Gruppe der Entwicklungspartner und der HSWG als Hauptforen der Geberkoordination bei. Das Gleiche gilt für die TWG, auf die die deutsche EZ ihre Anstrengungen konzentrierte (vgl. Kapitel B.3.3.1). Die deutsche EZ kümmerte sich besonders um die Entwicklung und Stärkung des SWAp, z. B. durch Unterstützung bei der Erstellung von SWAp-Handbuch und -Roadmap sowie die Initiierung der SWAp-Sonderarbeitsgruppe im Jahr 2012. Die deutsche EZ unterstützte die SWAp-Koordinierungsstelle im MoH auch direkt durch eine integrierte Fachkraft (2011 – 2013).

Die deutsche EZ unterstützte proaktiv den Gedanken eines SWAp, sowohl insgesamt als auch auf der Ebene der verschiedenen Komponenten. Die GTZ/GIZ hatte den stellvertretenden Vorsitz in der technischen Arbeitsgruppe zur Gesundheitsfinanzierung und war in dem Forum aufgrund ihres technischen Fachwissens und ihrer Erfahrungen aus den Distrikten hoch geschätzt (INT SWAP 8, 16, 19, 22; Dok. 39; Dok. 43). Hinsichtlich SRH konzentrierte die deutsche EZ ihre Beiträge zum Bereich Familienplanung und ASRH auf die TWG. Die technische Arbeitsgruppe zum Thema Gesundheitspersonal wurde sowohl von den DP als auch Verantwortlichen der deutschen EZ für schwach gehalten. Gespräche, Strategie-Entwicklung und technische Beratung erfolgten hauptsächlich außerhalb der offiziellen SWAp-Struktur. Der HRH Strategic Plan wurde offiziell in der technischen Arbeitsgruppe diskutiert, doch die wesentlichen inhaltlichen Eingaben und wichtigsten Entscheidungen wurden außerhalb der SWAp-Struktur getroffen (INT EXP 5; G INT GEN 4; INT SWAP 6; INT HRD 21).

In Bezug auf die SBS unternahm die deutsche EZ besondere Bemühungen zur Harmonisierung ihrer Beiträge mit dem Vereinigten Königreich von Großbritannien und Belgien. Die von Deutschland und Belgien bereitgestellte SBS wurde gemeinsam gestaltet und beinhaltete bestimmte Voraussetzungen für Auszahlungen wie auch für zu erreichende Leistungsgrenzen und Richtwerte (Dok. 48). Großbritannien gestaltete seine SBS unabhängig davon, ohne Formulierung spezifischer Voraussetzungen als Konditionalität für Auszahlungen (DFID, 2008; INT GEN 4), und gab die Mittel frei, bevor die von Deutschland und Belgien aufgestellten Voraussetzungen für SBS erfüllt waren (INT SWAp 4; G INT SWAp 16; INT EXP 6, 10, 16). Dieser Mangel an Kohärenz und Harmonisierung hatte negative Implikationen im Hinblick auf das Vermögen der SBS-Gebergruppe, mit einer gemeinsamen Stimme zu sprechen.

Die deutsche EZ konzentrierte sich besonders auf die Gestaltung des CDPF, da es sich als mühseliger als erwartet erwies, ein gemeinsames Verständnis darüber zu erreichen, wie Kapazitätsentwicklung am effektivsten unterstützt und Vorgehensweisen abgestimmt werden konnten. Während einige DP die Unterstützung des CDPF als Ausgangspunkt für den Politik-Dialog in dem Sektor und für Kapazitätsentwicklung sowie Strategieformulierung sahen, betrachteten andere den CDPF hauptsächlich als Finanzierungsmechanismus (INT SWAp 4, 7, 8). Es kam sogar so weit, dass die deutsche EZ sich an einer bestimmten Stelle zu einer strategischen Intervention auf der Ebene des MoH entschloss, um die Weiterführung des CDPF sicherzustellen, da Belgien und Großbritannien kurz davor waren, sich aufgrund der anscheinend zu hohen Transaktionskosten aus dem Vorhaben zurückzuziehen (INT EXP 15, 20). Die deutsche EZ drängte auch gemeinsam mit den anderen CDPF-Partnern auf mehr Transparenz und Effizienz des CDPF, wie aus den dem MoH vorgetragenen Reaktionen und Empfehlungen nach der Veröffentlichung des externen Revisionsberichts zu ersehen ist.

Die Qualität der Geberkoordinierung hing zwangsläufig immer davon ab, inwieweit Schlüsselpersonen Enthusiasmus und

Engagement einbrachten. Die deutsche EZ spielte hier durch die Schwerpunkt-Koordinatoren eine tragende Rolle, aber die Geberkoordinierung wurde stark geschwächt, als die deutsche EZ ihre Beiträge im Laufe des Jahres 2013 auslaufen ließ (INT DP 1; INT EXP 20). Trotz der starken Eigenverantwortung von MINECOFIN und MoH verlor der SWAp-Prozess weiter an Schwung (siehe Kapitel B.3.3.1), was unter anderem dazu führte, dass der JHSR im April 2013 nicht stattfand und es der HSWG nicht gelang, ihre Arbeit effektiv und dynamisch zu organisieren (INT DP 1; INT EXP 20; INT SWAp 21). Die schrumpfende Zahl der DP im Gesundheitssektor und die noch dominierende Rolle der USA als hauptsächlicher DP könnten ein Indikator dafür sein, dass bilaterale Kooperation, d.h. zwischen Rwanda und den USA, nunmehr die Vorreiterstellung zum Nachteil des SWAp-Prozesses übernommen hat.

Kohärenz, Komplementarität, Koordination und Harmonisierung innerhalb der deutschen EZ

Es gibt hinreichend Belege, die die Schlussfolgerung stützen, dass Synergien zwischen der technischen und finanziellen Zusammenarbeit realisiert wurden. Zwischen den Organisationen der technischen und finanziellen Zusammenarbeit entwickelten sich Koordinations- und Kooperationsmechanismen, die erkennbar gut funktionierten und für den Umgang mit unerwarteten Problemen äußerst dienlich waren, so z.B. als sich gegen Ende 2011 herausstellte, dass ausgezahlte SBS-Mittel nicht in das Gesundheitsbudget eingegangen waren (vgl. Kapitel B.3.3.1). Obwohl beide Gesundheitsschwerpunkt koordinatorenInnen der deutschen EZ ihren Hintergrund in der technischen Zusammenarbeit hatten, gelang es ihnen, beide Perspektiven – technische und finanzielle Zusammenarbeit – in angemessener Weise miteinander zu verbinden.

Auch wenn den DED-GesundheitskoordinatorInnen verschiedene Aufgaben übertragen wurden,¹⁰⁹ so hatten sie keine Verantwortung für Steuerung oder Personal-Management. Die GesundheitskoordinatorInnen waren mit diesem unklaren Mandat nicht zufrieden. Gleichzeitig fühlten sie sich durch die

¹⁰⁹ Die DED Gesundheitskoordinatoren waren zuständig für die Einführung der EntwicklungshelferInnen an deren Arbeitsplatz, koordinierten die Arbeit aller EntwicklungshelferInnen, sicherten die Gesamtqualität der DED-Beiträge, hielten Kontakt zu den ruandischen einheimischen Partnern und zum GTZ/GIZ Programm-Management und bewerteten neue Projekte.

relativ kritische Betrachtung ihrer Rolle seitens der EntwicklungshelferInnen unter Druck. Keiner der befragten EntwicklungshelferInnen beschrieb die DED-GesundheitskoordinatorInnen als für ihre Arbeit wichtig, einige betrachteten deren Rolle sogar als kontraproduktiv (INT HRD DW 6, 8). Die Sichtweise hatte wiederum mit dem unklaren Mandat der Koordinatoren zu tun, aber auch mit der Tatsache, dass die KoordinatorInnen keine ÄrztInnen waren.¹⁰⁰

Die Kooperation zwischen dem DED und der GTZ wurde durch den schrittweisen Prozess der gemeinsamen Programmbildung intensiver (vgl. Kapitel B.1.1 und B.2.1). Die Interviews und Berichte der EntwicklungshelferInnen liefern Belege dafür, dass formale Koordinationsmechanismen, darunter internationale Teamkonferenzen und gemeinsame Planungssitzungen, im Laufe der Jahre immer weiter zunahmen. In ähnlicher Weise waren die EntwicklungshelferInnen immer stärker in die Aktivitäten auf nationaler Ebene eingebunden, wie z. B. in die Ausarbeitung von Behandlungsrichtlinien und Protokollen. Die Programmbildung war zudem – aus Sicht der EntwicklungshelferInnen und der Programm-Verantwortlichen der deutschen EZ – ein schwieriger Integrationsprozess. Einige der befragten EntwicklungshelferInnen betonten, dass, obwohl die persönliche Kommunikation mit den Programm-Verantwortlichen der GTZ positiv war, die organisatorischen und hierarchischen Strukturen die Zusammenarbeit bisweilen erschwerten (INT HRD DW 1, 9).

„Persönlich hatte ich zu dem Programm-Verantwortlichen der GTZ ein sehr gutes Verhältnis. Aber die offizielle Zusammenarbeit mit der GTZ war oft mühsam und obstructiv. Wir mussten für jedes einzelne Instrument, das wir benötigten, um Geld betteln. Man hätte uns mehr Handlungsfreiheit einräumen sollen“ (INT HRD DW 9).

Die EntwicklungshelferInnen verstanden sich selbst als Persönlichkeiten, die daran gewöhnt waren, auf eigene Initiative, selbständig zu handeln – was auch von anderen so gesehen wurde – und waren nicht immer bereit, eine untergeordnete Rolle für das Allgemeinwohl des Programms zu spielen (INT HRD DW 1, 6, 8, 9, 10). Darüber hinaus waren diese als ÄrztInnen tätigen

EntwicklungshelferInnen täglich mit Leben und Tod konfrontiert und mussten gegen die schwierigen Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern ankämpfen. Einige hatten das Gefühl, dass ihre Eigeninitiative und ihr Engagement nicht genug Wertschätzung erfuhren, weder vom DED noch durch das GTZ-Management, und dass die Strukturen beider Organisationen nicht flexibel genug waren (INT EXP 5; INT HRD DW 6, 8, 9). Aus Sicht der Programm-Verantwortlichen der deutschen EZ waren die EntwicklungshelferInnen nicht durch eine gemeinsame *Corporate Identity* geeint und waren nicht an kritische Selbstbetrachtung ihrer eigenen Rolle in dem Programm gewöhnt (INT SWAP 9). Unter dieser Prämisse war es schwer, ein gemeinsames Verständnis dafür zu entwickeln, was Kapazitätsentwicklung im Rahmen des ruandisch-deutschen Gesundheitsprogramms bedeutete.

Im Verlauf der gemeinsamen Programmbildung unterzeichneten DED und GTZ ein Kooperationsabkommen, um den Koordinations- und Kommunikationsprozess zu verbessern. Doch wurden die von den Programm-Verantwortlichen der GTZ getroffenen Kommunikationsprozesse und Entscheidungen von den DED-MitarbeiterInnen immer wieder als nicht transparent empfunden (INT EXP 5, 11). Solche Erfahrungen wurden als Gelegenheit bewertet, lernen zu können, wie man die Transparenz im Kommunikationsprozess zwischen beiden Organisationen verbessern könne (INT EXP 11).

InWEnt und GTZ unterzeichneten ebenfalls ein Kooperationsabkommen.¹⁰¹ Im Großen und Ganzen funktionierte die Koordinierungsarbeit zwischen den beiden Organisationen reibungslos. Jedoch gab es hinsichtlich des Krankenhausmanagements Koordinations- und Synergiegelegenheiten, die nicht ergriffen wurden. Über die Beteiligung der GTZ daran, ILT-KandidatInnen vorzuschlagen und die Mitglieder der Sonderarbeitsgruppe zu unterstützen, hinaus gab es kaum substantielle Interaktion zwischen dem ILT und den Krankenhausmanagement-Aktivitäten der GTZ im Land selbst. Die GTZ wusste kaum etwas über die von den Alumni eingerichteten Transferprojekte (INT EXP 4, 5; INT RP 34). Dies war hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass die GTZ nur fünf bestimmte Distrikte unterstützte, die nicht immer die waren,

¹⁰⁰ Die an die Hierarchien in deutschen Krankenhäusern gewöhnten ÄrztInnen hatten wahrscheinlich Schwierigkeiten, die Autorität und Kompetenz der SpezialistInnen für das öffentliche Gesundheitswesen zu akzeptieren und anzuerkennen.

¹⁰¹ Man muss bedenken, dass InWEnt, anders als der DED und die GTZ, keine dezentralen Strukturen hatte, was gewiss dem Koordinierungsprozess auf nationaler Ebene nicht zuträglich war.

in denen die ILT Alumni arbeiteten. Eine bessere Dokumentation der Transferprojekte seitens der Alumni mit Unterstützung durch InWEnt hätte den Erfahrungsaustausch verbessern können.

Im Jahr 2005 wurde eine Koordinierungsplattform zwischen allen deutschen staatlichen und nichtstaatlichen, im Gesundheitssektor tätigen Organisationen eingerichtet, das *German Country Team Health*. Über bilaterale Entwicklungsorganisationen hinaus gehören zum *German Country Team Health* die Partnerorganisation (*Jumelage*) zwischen dem Bundesland Rheinland-Pfalz und Ruanda wie auch nichtstaatliche Organisationen wie Misereor und die Christoffel-Blindenmission. Die Effektivität des *German Country Team Health* aus einer 3C-Perspektive zu bewerten, wäre über den Rahmen dieser Evaluierung hinausgegangen.

Der Zusammenschluss von GTZ, DED und InWEnt im Jahr 2011,¹² der zur Gründung der GIZ führte, stellte den Integrationsprozess vor weitere Herausforderungen. Dies wurde daran deutlich, als eine Reihe von EntwicklungshelferInnen aufgrund ihrer Unzufriedenheit mit dem Übergangsprozess kündigten (INT HRD DW 2).

3.6

Bewertung der Theory of Change

Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit der Bewertung der *Theory of Change*, welche die Interventionslogik der Maßnahmen des ruandisch-deutschen Gesundheitsprogramms zwischen 2007 und 2012 abbildet. Es bedarf des deutlichen Hinweises, dass „Bewertung“ etwas anderes ist als „Verifikation“. Während Letzteres sich auf die Ergebnisse der Implementierung der ToC bezieht (vgl. Kapitel B.3.3.1 – 3.3.4), bezieht sich Ersteres auf die ToC an sich. Jedoch gehören zur Bewertung einer ToC auch Überlegungen zu (späteren) Veränderungen in den Prioritäten im Laufe des Implementierungsprozesses.

Die übergeordnete ToC und die Interventionslogik der Maßnahmen für jede Komponente werden in Kapitel B.3.3.1 – 3.3.4 besprochen und in Anhang D im Detail vorgestellt. Dabei beruht die ToC auf dem gemeinsamen Programmvorschlag von KfW, GTZ, DED

und InWEnt. Zunächst rekonstruierte das Evaluierungsteam die ToC auf der Grundlage der Interventionslogik des Programms. Zweitens wurde die Interventionslogik an den in Kapitel A.2.1 dargelegten Analyserahmen angepasst. Es wurde Feedback von früheren Programm-MitarbeiterInnen zusammengetragen, was zu einer entsprechenden Anpassung der ToC führte. Jedoch wurde keine umfassende Verifizierung der gesamten ToC mit den Trägern durchgeführt. Daher stützt sich die zugrundeliegende ToC ausschließlich auf den Programmvorschlag von 2007. Im Jahr 2010 wurden einige geringe Anpassungen der Interventionslogik des Programms vorgenommen, welche in der Analyse berücksichtigt wurden.

Zur Bewertung der ToC des ruandisch-deutschen Gesundheitsprogramms hat das Evaluierungsteam die von Connell und Kubisch (1998, p. 3) vorgeschlagenen Kriterien zugrunde gelegt:

5. „*Sie [die ToC] sollte plausibel sein. Lassen Belege und gesunder Menschenverstand den Schluss zu, dass die Aktivitäten, falls sie implementiert werden, zu den gewünschten Ergebnissen führen?*“
6. *Sie sollte machbar sein. Werden die wirtschaftlichen, technischen, politischen, institutionellen und Personal-Ressourcen zur Durchführung der Initiative zur Verfügung stehen?*
7. *Sie sollte überprüfbar sein. Ist die Theory of Change spezifisch und vollständig genug, so dass ein Evaluator oder eine Evaluatorin den Fortschritt glaubwürdig und nutzbringend nachverfolgen kann?“*

Plausibilität

Insgesamt betrachtet das Evaluierungsteam die ToC als plausibel. Jedoch mangelt es folgenden Gesichtspunkten an Plausibilität:

- Hinsichtlich der SWAp-Unterstützung ist nicht plausibel, wie Outcome 5.4.a („Eigenverantwortung und öffentliches Finanzmanagement des MoH werden verbessert“) zur Erreichung von Ergebnis B („Das Gesundheitssystem geht besser auf die Bedürfnisse insbesondere der armen Bevölkerung ein“) beiträgt. Es fehlen Verbindungen in diesem Zusammenhang, die explizit gemacht werden sollten.

¹² Es gibt verschiedene Auffassungen zu dieser Fusion, da sie vom BMZ angeregt war und weil sie drei Organisationen betraf, die sich hinsichtlich ihrer Größe, ihres Mandats und ihrer Kultur erheblich voneinander unterscheiden.

- Hinsichtlich der Komponente zu Gesundheitsfinanzierung ist nicht plausibel, wie Output 3.3 („Einrichtungen werden durch das PBF System angemessen bewertet und motiviert“) zu Outcome 3.4 führt („die strukturelle Qualität der Gesundheitsdienste wird verbessert“). Wie in Kapitel B.3.3.2 ausgeführt, lässt der gegenwärtige akademische Wissensstand keine Schlussfolgerung zu, dass Verbesserungen in der Qualität der Dienste im strengen Sinne den internen Anreizen durch PBF zuzurechnen sind. Die ToC sollten daher ausdrücklicher darstellen, wie Leistungsbewertungen motivationale Mechanismen und Verhaltensänderungen auslösen sollen.
- Bezüglich der Komponente zu sexueller und reproduktiver Gesundheit ist nicht plausibel, wie Output 4.3.b („Der Privatsektor stellt Arbeitsplatz-Programme für Mitglieder und ihre Familien bereit“) zur Erreichung von Outcome 4.4 beiträgt („Die Zielgruppen profitieren von den Serviceangeboten zu reproduktiver Gesundheit und Familienplanung“). Es fehlen Verbindungen in diesem Zusammenhang, die explizit gemacht werden sollten.
- Im Zusammenhang mit der Komponente zu Personalentwicklung ist nicht plausibel, wie Output 6.1 („Die Bereitstellung von medizinischer Ausrüstung in Distrikt-Krankenhäusern“) zu Output 5.4 führt („In den Distrikt-Krankenhäusern werden verbesserte medizinische Dienste angeboten“). Die Bereitstellung von medizinischer Ausstattung kann nur dann zu verbesserten medizinischen Diensten führen, wenn Nutzung und Instandhaltung verbessert worden sind.

Machbarkeit

Insgesamt gibt es ausreichende Hinweise zur Verfügbarkeit von Ressourcen zur Durchführung der jeweiligen Aktivitäten. Jedoch wird die Programmlogik in einer Weise vorgestellt, dass die Arrangements zur Implementierung nicht immer evident sind. Es sollte zur Kenntnis genommen werden, dass die Entscheidung der deutschen EZ, den Gesundheitseinrichtungen in den fünf, von der deutschen EZ unterstützten Distrikten soziale Fonds einzurichten, ein Hinweis darauf ist, dass die beabsichtigte Veränderung bezüglich des verbesserten Zugangs zu den Gesundheitsdiensten durch CBHI in dem geplanten Umfang nicht machbar war.

Überprüfbarkeit

Um die ToC für diese Evaluierung überprüfbar zu machen, passte das Evaluierungsteam die ToC an den Analyserahmen an (vgl. Kapitel A.2.1). Trotz dieses wichtigen Schritts besteht noch ein beträchtliches Defizit hinsichtlich der Überprüfbarkeit, weil das Programm anstelle von programmspezifischen Indikatoren nationale Indikatoren (HSSP) benutzte. Aus der Perspektive der Ausrichtung auf nationale Prioritäten (*alignment*) ist dies sachdienlich, jedoch nicht zufriedenstellend aus Evaluierungssicht. Dieser Aspekt wurde bereits bei einer Fortschrittskontrolle im Jahr 2010 aufgegriffen und darauf hingewiesen auf *„diese wohlbekannte Schwierigkeit für Programme, die vollständig in die Partnerplanung integriert sind, wie es bei diesem Programm der Fall ist, und wie es auch gemäß der Pariser Erklärung gewünscht ist. ‚Die Flagge einholen‘ ist das Prinzip, was bedeutet, dass nicht nur der spezifische deutsche Beitrag zählt, sondern auch der harmonisierte und [auf nationale Prioritäten] ausgerichtete Beitrag aller DP und ihre verschiedenen Bereitstellungsmodi“* (Dok. 43). Vor diesem Hintergrund hat sich das Evaluierungsteam für eine Kontributionsanalyse entschlossen (vgl. Kapitel A.2.2), um den Beitrag der deutschen EZ im Zusammenhang mit dem Gesundheits-SWAp zu bewerten. Doch selbst durch die Anwendung einer Kontributionsanalyse konnten nicht alle Einschränkungen hinsichtlich der Überprüfbarkeit der ToC überwunden werden (vgl. A.2.2 zu weiteren Details).

Programm-Implementierung und Anpassung der ToC

Die Prioritäten änderten sich während der Projekt-Implementierung, was zu einer teilweisen Anpassung der ToC führte. Andere Elemente der ToC wurden nicht wie beabsichtigt implementiert.

Die Dezentralisierung des SWAp spiegelte sich nicht in der anfänglichen ToC von 2007 wider. Während des Implementierungsprozesses stellte sich immer mehr heraus, dass die Strukturen und Mechanismen des SWAp dezentralisiert werden mussten, um Eigenverantwortung unter den Partnern im Gesundheitssektor auf Distrikt-Ebene zu erreichen (vgl. Kapitel B.3.3.1). Ab 2010 konzentrierte sich das Programm daher mehr auf die Unterstützung der SWAp-Dezentralisierung. Doch wurde diese Verschiebung der Prioritäten nicht durch eine entsprechende Anpassung der

ToC explizit gemacht. Dies traf zu für die sexuelle, reproduktive Gesundheit von Jugendlichen, die ab 2010 jungen Erwachsenen als Zielgruppe für das Paket SRH-bezogener Dienste mehr Aufmerksamkeit widmete.

Die Entscheidung der deutschen EZ, in den Gesundheitseinrichtungen der fünf von der deutschen EZ unterstützten Distrikten soziale Fonds einzurichten, fiel während des Implementierungsprozesses. Dies lässt erkennen, dass die Frage der Chancengleichheit trotz der verbesserten Abdeckung durch CBHI immer noch besonderer Aufmerksamkeit bedurfte, bevor die neue CBHI-Politik, bei der eine Kopfpauschale 2010 durch ein auf sozio-ökonomischen Stratifizierung beruhendes Beitragssystem ersetzt wurde (vgl. Kapitel B.3.3.2).

Aktivitäten im Zusammenhang mit technischer und logistischer Beratung der Distrikt-Krankenhäuser zur Bereitstellung von Wasser, Strom und Biogas (HRD Komponente; Prozesse 5.1) sind offenbar nicht implementiert worden. Es gibt keine Belege über die Gründe dafür. Das Gleiche gilt für Arbeitsplatz-Programme (SHR Komponente; Output 4.2.b und 4.3.b).

3.7 Der schrittweise Ausstieg der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit im Gesundheitssektor

Im Jahr 2010 schlug die GoR eine Politik zur Arbeitsteilung gemäß der Pariser Erklärung von 2005 zur Wirksamkeit von Entwicklungszusammenarbeit vor. Die Politik zielt darauf ab, die Effektivität der EZ zu steigern, indem Transaktionskosten und Fragmentierung der Geberlandschaft gesenkt, der Fokus auf eine Ausrichtung auf nationale Prioritäten geschärft und komparative Vorteile von Entwicklungspartnern berücksichtigt werden (GoR & MINECOFIN, 2010). Gemäß dieser Politik der Arbeitsteilung sollen sich DP auf nicht mehr als drei Sektoren konzentrieren. Die GoR entwickelte konkrete Pläne für jeden Sektor und die Entwicklungspartner.

Für die ruandisch-deutsche Zusammenarbeit führte die veränderte Arbeitsteilung zum Ausstieg aus zwei Sektoren (Justiz

und Gesundheit) und einer Konzentration auf die Schwerpunkte Dezentralisierung und Nachhaltige Wirtschaftsentwicklung mit den Bereichen Privatsektorförderung und berufliche Bildung (GoR & MINECOFIN, 2010). Die Entscheidung wurde im Rahmen der bilateralen Regierungskonsultationen zwischen Ruanda und Deutschland 2011 bekräftigt (GoR & MINECOFIN, 2010). Um die Ausrichtung auf nationale Strategien zu gewährleisten, wurde ein Übergangszeitraum von zwei Jahren bestimmt. Die Ausstiegsstrategie wurde in einer von der deutschen EZ und dem MoH erarbeiteten *Roadmap* festgelegt, um eine effektive und nachhaltige Übergabe an Partnerinstitutionen und andere DP sicherzustellen (Dok. 20). Als letzten Schritt in dem schrittweisen Ausstiegsprozess vereinbarten die ruandische und die deutsche Regierung die Durchführung der hier vorliegenden unabhängigen DEval Evaluierung der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit im Gesundheitssektor über den gesamten Zeitraum von über 30 Jahren (mit Schwerpunkt auf die Zeit zwischen 2004 und 2012). Eine gemeinsame Schlussveranstaltung fand im Dezember 2012 statt.

Die Implementierung der Ausstiegsstrategie begann in der ersten Jahreshälfte 2011, als die deutsche EZ damit begann, die Zusammenarbeit in einigen Gebieten zurückzufahren. Dieser allmählicher Prozess zog sich anschließend über den gesamten Übergangszeitraum hinweg. Nach einer gemeinsamen Fortschrittskontrolle aller Durchführungsorganisationen der deutschen EZ im Jahr 2010 wurden für jede Komponente Meilensteine vorgeschlagen, darunter die allmähliche Beendigung der Zusammenarbeit in Kernbereichen wie sozialem Marketing und ärztlicher Ausbildung (Dok. 29). Andere DP im Gesundheitssektor erhielten regelmäßige Informationen über den Umsetzungsfortschritt der Ausstiegsstrategie und die davon hauptsächlich betroffenen Interventionsbereiche (Dok. 20). Doch wurde der ursprüngliche Zeitplan für die Koordinierung der Übergabeprozesse bis Ende 2011 aufgrund anderer Prioritäten und Zeitmangels auf ministerieller Ebene weder von der ruandischen noch von der deutschen Regierung eingehalten (Dok. 20). Während dieser Zeit fühlten sich einige Partner unzureichend informiert, was zu Missverständnissen über den Hintergrund der Arbeitsteilung und den Implikationen auf zentraler und dezentraler Ebene führte (G INT GEN 4; INT SWAP 6; INT SWAP 18).

Obwohl das MoH die Verantwortung für die Leitung des Übergabeprozesses übernahm, war die Unterstützung seitens des Ministeriums dennoch begrenzt (Dok. 28). Dementsprechend wurden Spezifizierung und Formulierung der Übergabe-Optionen erst im April 2012 abgeschlossen, nachdem die deutsche EZ eine dringende Aufforderung an das MoH zur Koordinierung der Geber ergingen ließ. Dies führte zu intensiven Konsultationen zwischen allen DP und den ruandischen Partnern auf nationaler und Distrikt-Ebene. Die SWAp-Strukturen und -Verfahrensweisen erleichterten in diesem Prozess die Konsultation, Koordination und gemeinsamen Vereinbarungen zwischen der deutschen EZ, dem MoH und den Entwicklungspartnern. Die gemeinsame *Roadmap* wurde erst in einem Planungs-Workshop im Mai 2012 fertiggestellt, in dem alle DP ihre Planungen für die nächsten Jahre vorstellten (Dok. 20). Hinsichtlich der deutschen EZ sollte die finanzielle Zusammenarbeit bis Ende August 2012 beendet sein und die technische Zusammenarbeit bis Ende des Jahres 2012 (Dok. 20). Verbleibende Lücken und Handlungsbedarf wurden im Rahmen von DP-Sitzungen und TWG besprochen, um Risiken hinsichtlich der Nachhaltigkeit der Beiträge der deutschen EZ in der technischen und finanziellen Zusammenarbeit auf zentraler und dezentraler Ebene zu vermeiden (Dok. 20).

Angesichts der starken Eigenverantwortung der ruandischen Regierung und der fest etablierten SWAp-Strukturen und -Mechanismen sind die Chancen für die Nachhaltigkeit der Errungenschaften des Gesundheitsprogramms in verschiedenen Gebieten recht gut. Die nationale Gesundheitssektor-Strategie Ruandas ist voll eingebettet in den übergreifenden politischen Rahmen wie Vision 2020 und EDPRS, wichtige Meilensteine sind erreicht, und Ruanda ist auf einem guten Weg, die meisten Entwicklungsziele im Gesundheitswesen zu erreichen. Weiterhin hat der Ansatz der deutschen EZ zur Gesundheitssystemstärkung zur Verbesserung der ruandischen Gesundheitsarchitektur – darunter auch gemeinsame Dezentralisierungsbemühungen – beigetragen. Angesichts dieser Ergebnisse ist die GoR zuversichtlich, dass der Gesundheitssektor mit der Beendigung der Unterstützung durch die deutsche EZ zurechtkommen wird (G INT SWAp 2). Jedoch führten zwei Interview-Partner deutlich aus, dass angesichts der langen Erfahrung und der Qualität

der seitens der deutschen EZ geleisteten Unterstützung des Gesundheitssektors es besser gewesen wäre, man hätte die deutsche Regierung nicht gebeten, daraus auszusteigen (INT RP 1, 8). Diese Sichtweise stimmt überein mit der von im Juni/Juli 2013 befragten Gesundheitsdienstleistern in zwei der von der deutschen EZ unterstützten Distrikten. Sie bedauerten, dass die deutsche EZ sich aus dem Gesundheitssektor zurückzieht, und untermauerten ihre Argumentation mit dem Hinweis auf die Lücken in der Bereitstellung von Mitteln und Diensten, die nach dem Ausstieg der deutschen EZ nicht wieder geschlossen worden sind (Vergleichende Fallstudie). In dieser Hinsicht stehen die Zieldistrikte nunmehr vor Herausforderungen wie hoher Personalfluktuations, Schwierigkeiten, qualifizierte Gesundheitsfachkräfte einzustellen, wie auch einer reduzierten Fähigkeit, PBF in Schlüsseleinrichtungen der Distrikte aufrechtzuerhalten.

Um Nachhaltigkeit in den früheren Hauptinterventionsbereichen der deutschen EZ zu erreichen, ist eine Reihe von Problemstellungen zu bewältigen. Die größte Herausforderung besteht in der fortdauernden Abhängigkeit des ruandischen Gesundheitssektors von externer Unterstützung. Andere Probleme haben mit der Weiterführung von Dienstleistungen und Unterstützungsmechanismen zu tun, die bisher durch Beiträge der deutschen EZ sichergestellt waren. Alle diese Probleme sind im Detail in den Kapiteln 3.3.2 bis 3.3.4 behandelt worden, so dass keine Notwendigkeit für eine Erörterung in diesem Kapitel besteht.

Abschließend ist festzuhalten, dass der Übergangszeitraum für zwei Jahre angesetzt war, sich aber die Ausstiegsphase für einige Maßnahmen als recht kurz erwiesen hat und, da der Übergang Hand in Hand mit dem laufenden Programmzyklus stattfand, dies große Probleme für den Übergabeprozess bedeutete. Obwohl der Prozess von der GoR initiiert wurde, war die Unterstützung für die Koordination mit anderen DP und dezentralen Ebenen begrenzt und wurde weitgehend der deutschen EZ überlassen. Die Konzentration der deutschen EZ auf die Unterstützung der ruandischen Strategien und Ansätze gemäß der Logik des SWAp verbesserte die Wahrscheinlichkeit einer Weiterführung der Dienste in den Hauptinterventionsbereichen nach der Ausstiegsphase. Angesichts der starken Eigenverantwortung

der ruandischen Regierung einerseits und der Tatsache, dass die SWAp-Dynamik andererseits an Schwung verloren hat, sind die Chancen für eine Nachhaltigkeit des im Gesundheitsprogramm Erreichten moderat bis gut. Diese Einschätzung berücksichtigt auch die starke Abhängigkeit des Gesundheitssektors von externer Finanzierung.

3.8

Erfolgreiche und weniger erfolgreiche EZ-Modalitäten und Instrumente

Dieser Abschnitt beschäftigt sich in erster Linie mit den EZ-Modalitäten und Instrumenten während Phase III der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit im Gesundheitssektor. Jedoch soll ein Blick auf die EZ-Modalitäten und Instrumente in Phase I und II eine Einordnung der Veränderungen bei den von der deutschen EZ bevorzugten EZ-Modalitäten und Instrumente ermöglichen.

Die Art, Bedeutung und Kombination der Modalitäten und Instrumente änderte sich erheblich während der drei Phasen der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit im Gesundheitssektor. Es sollte dabei berücksichtigt werden, dass sich das Portfolio der EZ-Modalitäten und Instrumente durch kontinuierliche Erweiterung über die Zeit stark veränderte.

Während Phase I wurden technische Zusammenarbeit und personelle Zusammenarbeit kombiniert (DED). Die GTZ leistete einen finanziellen Beitrag zu einem vollständig durch den DED implementierten Projekt, eine Konstellation, die bereits bei ähnlichen Projekten in Benin und Burkina Faso schon existierte. Diese Konstellation förderte die Zusammenarbeit zwischen DED und GTZ und wurde so zu einer günstigen Vorbedingung für die in Phase II beginnende Programmbildung. Doch implementierte die GTZ ebenfalls ein Familienplanungs-Projekt in enger Zusammenarbeit mit der KfW, wodurch auch technische und finanzielle Zusammenarbeit von Anfang an eng miteinander verbunden waren.

Die Beiträge der deutschen EZ in den frühen Jahren der Zusammenarbeit folgten noch keinem Mehrebenen-Ansatz. EntwicklungshelferInnen des DED unterstützten Krankenhäuser und Gesundheitszentren in sieben verschiedenen Präfekturen unterstützten. Erst mit dem Beginn der Phase II konzentrierten sich die Beiträge der deutschen EZ auf zwei Präfekturen (Butare und Byumba). Erst 2003 setzte die deutsche EZ erstmals eine internationale Langzeit-ExpertIn ein und verband nunmehr Beratung auf nationaler Ebene mit Unterstützung der Implementierung auf Distrikt-Ebene.

Im Laufe der Phase II nahm die finanzielle Zusammenarbeit an Bedeutung zu, als ein Programm zum sozialen Marketing von Verhütungsmitteln auf nationaler Ebene durch PSI implementiert und die KfW finanziert wurde. Als das Gesundheitswesen 2002 zeitgleich zum Schwerpunktsektor für die deutsche EZ wurde, stellte sich die deutsche EZ auf einen programmbezogenen Ansatz um. Die immer intensiver werdende Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Organisationen der deutschen EZ führte zu einem gemeinsamen Programm. Ab 2005 richtete sich die deutsche EZ auf die nationalen Gesundheits-Planungen im Rahmen des SWAp aus. Der besondere Schwerpunkt lag dabei auf der Entwicklung eines armutsorientierten Gesundheitssystems.

In Phase III war der SWAp als Handlungsansatz eine entscheidende Vorbedingung für die erfolgreiche Kombination der von der deutschen EZ unterstützten EZ-Modalitäten und Instrumente. Es wurden Strukturen und Mechanismen zur Koordination und Harmonisierung der Beiträge verschiedener DP im Gesundheitssektor eingerichtet. Die ruandische Regierung übernahm bereits in einem frühen Stadium Eigenverantwortung (*ownership*) in diesem Prozess. Zeitgleich hatte das MINECOFIN die Federführung bei der Ausrichtung der Maßnahmen im Gesundheitssektor auf die ruandischen Prioritäten inne. Das zeigt sich an dem HSSP als strategischer Rahmen für die Entwicklung des Gesundheitssektors sowie der EDPRS als Gesamtentwicklungsrahmen. Der SWAp diente als Forum zur Verbesserung der Geberkoordination. Die

HSWG bot gemeinsam mit verschiedenen TWG die entsprechenden Foren für Konzept- und Strategieentwicklung sowie für die Nutzung der Erfahrungen aus der laufenden Implementierung.

Zur umfassenden Untersuchung der Effektivität des SWAp bei der Ausrichtung (*alignment*) und Harmonisierung der Ressourcen der verschiedenen Träger auf allen Ebenen ist die Dezentralisierung äußerst wichtig. Die jeweiligen Strukturen und Mechanismen auf Distrikt-Ebene wurden erst ab 2010 geschaffen. Jedoch konnte keine Dynamik entwickelt und gestärkt werden, die eine Tragfähigkeit dieser Strukturen und Mechanismen aus sich heraus garantieren würde.

Herausforderungen bestehen nach wie vor bezüglich der Koordination und Harmonisierung mit anderen Ministerien für den SWAp, z.B. mit dem Bildungsministerium hinsichtlich ärztlicher Ausbildung oder mit dem Ministerium für Regionalverwaltung in Bezug auf Dezentralisierung.

Die deutsche EZ spielte bei der Gestaltung des SWAp wie auch bei der Gestaltung und Stärkung der verschiedenen Strukturen und Mechanismen eine wesentliche Rolle. Dadurch trug die deutsche EZ zu dem Mehrwert des SWAp bei, die Wirksamkeit der Zusammenarbeit im Einklang mit den Prioritäten der ruandischen und deutschen Regierung wie auch mit der Pariser Erklärung herbeizuführen.

Die deutsche EZ unterstrich die Bedeutung des SWAp durch ihr Engagement bei Modalitäten der Gemeinschaftsfinanzierung. Die SBS kann insofern als recht erfolgreich angesehen werden, als Mittel direkt in den Staatshaushalt geleitet wurden, die darauf ausgelegt waren, einen größeren Teil der öffentlichen Mittel zur Gesundheitssystemstärkung in den Distrikten einzusetzen. Die SBS hätte erfolgreicher sein können, wenn alle beitragenden Geber, d.h. Deutschland, Belgien und Großbritannien ihre Verfahren soweit aufeinander abgestimmt hätten, dass sie ein gemeinsames Abkommen mit der GoR unterzeichnet hätten. Die Hebelwirkung der SBS könnte stärker gewesen sein, wenn ein erheblicherer Prozentsatz der Gebermittel durch SBS geflossen wäre. Ein effizienteres Prozedere für den Fluss der Mittel

innerhalb des Regierungssystems hätte auch dazu beigetragen, diese EZ-Modalität erfolgreicher zu gestalten.

Die Beiträge der deutschen EZ wurden durch die Kombination von verschiedenen EZ-Modalitäten durch den SWAp begünstigt. Während die deutsche EZ gemessen am finanziellen Volumen nicht zu den größeren Gebern im Gesundheitssektor zählte (vgl. Kapitel A.3.2), so konnte sie doch durch die Kombination verschiedener EZ-Modalitäten und -instrumente eine verstärkte Hebelwirkung erzielen. Die deutsche EZ konzentrierte sich bewusst auf Gesundheitssystemstärkung als Ergänzung der von anderen DP bevorzugten vertikalen Programme. Insofern trug die deutsche EZ zum Ausgleich zwischen vertikalen und horizontalen Programmen im Gesundheitssektor bei.

Korbfinanzierung durch den CDPF kam als weitere Modalität ins Spiel. Jedoch muss dessen Einsatz bisher als weniger erfolgreich bewertet werden, da der Prozess der Gestaltung des Fonds mit einem gemeinsamen Verständnis darüber, wie man Kapazitätsentwicklung am besten und gemeinsamen Verfahren unterstützen könne, sich als mühseliger als erwartet erwies. Die mangelnde strategische Ausrichtung während der ersten Phase des CDPF hatte zur Folge, dass die Mittel für die Notfinanzierung von Kapazitätsentwicklungsmaßnahmen statt für die Erreichung strategischer Ziele ausgegeben wurden. Die Transaktionskosten, die als erheblich empfunden wurden, führten dazu, dass Belgien und Großbritannien beinahe aus dem CDPF ausgestiegen wären. Eine strategische Intervention seitens der deutschen EZ war entscheidend dafür, dass der CDPF diesen gefährlichen Zeitpunkt überlebte.

Für die zweite Phase des CDPF bot der HRH Strategieplan eine adäquate Orientierung für die Nutzung der Mittel. Da die Implementierung der einzelnen Aktivitäten noch im Gange ist, wäre eine Bewertung darüber verfrüht, wie erfolgreich diese EZ-Modalität letztendlich sein wird. Das Potential des Fonds bleibt jedoch recht begrenzt, da das neue USA-finanzierte HRH-Programm nicht in den CDPF integriert worden ist.

Die deutsche EZ kombinierte verschiedene Instrumente wie technische (GTZ) und finanzielle (KfW) Zusammenarbeit, Beratungsdienste durch EntwicklungshelferInnen (DED/GIZ) und integrierte Fachkräfte (CIM) wie auch Kapazitätsentwicklung von Personal (DSE/InWEnt/GIZ) erfolgreich miteinander. Dies demonstriert, dass die deutsche EZ projektbezogene Unterstützung mit Modalitäten der Gemeinschaftsfinanzierung unter dem Dach eines Sektor-weiten Ansatzes zusammenführte.

Die technische Zusammenarbeit folgte erfolgreich einem Mehrebenen-Ansatz, d.h. der Kombination von beratender Unterstützung auf nationaler und Distrikt-Ebene. Das Gleiche gilt für den Kapazitätsaufbau. Dadurch konnte die deutsche EZ Erfahrungen aus der Implementierung auf Distrikt-Ebene in die Konzeption und Strategieentwicklung auf nationaler Ebene einbringen, wobei die TWG eine wichtige Rolle spielte. Zur technischen Zusammenarbeit gehörte die Bereitstellung von Beratung durch EntwicklungshelferInnen und Langzeit-ExpertInnen, wobei sich die Erstgenannten auf die Distrikt-Ebene konzentrierten und die Letztgenannten auf die nationale Ebene. Die GIZ stellte auch nationale Mitarbeiter als technische Berater für die fünf, von der deutschen EZ unterstützten Distrikte ab. Besondere Aufmerksamkeit soll der Rolle der SchwerpunktkoordinatorInnen im Gesundheitssektor gewidmet werden, die eine entscheidende Rolle in der erfolgreichen Kombination der verschiedenen Instrumente und der Nutzung laufender Erfahrungen aus der Programmimplementierung in den Sektor- und politischen Dialog spielten.

Es gibt hinreichende Belege für Synergie-Effekte aus der Kombination der verschiedenen Instrumente, die an Hand der HRD- und SHR-Komponente dargestellt werden können. Beratung auf nationaler Ebene trug zu der Formulierung nationaler Strategien zur Personalentwicklung bei, darunter auch Krankenhausmanagement. Das Training der SpezialistInnen für Krankenhausmanagement wurde im Rahmen eines regionalen Kapazitätsentwicklungsprogramms unterstützt und führte zur Einrichtung einer Sonderarbeitsgruppe im MoH. Technische BeraterInnen wurden auf verschiedenen Ebenen eingebunden, um die effektive Weitergabe des Wissens und der Fertigkeiten der

Mitglieder dieser Arbeitsgruppe im Bereich Krankenhausmanagement zu unterstützen, z. B. durch *Training of Trainers*-Workshops. Hinsichtlich der ärztlichen Ausbildung wurde die Tätigkeit der EntwicklungshelferInnen durch finanzielle Zusammenarbeit zur Beschaffung der erforderlichen Ausstattung in den Lehrkrankenhäusern unterstützt.

Für die SHR-Komponente wurde Beratung für Politik-Entwicklung geleistet, wie dies im Rahmen der finanziellen Zusammenarbeit bei sozialem Marketing von Verhütungsmitteln geschah. Die durchführende Organisation PSI wurde ebenfalls von einem Entwicklungshelfer unterstützt. EntwicklungshelferInnen förderten auch die sexuelle und reproduktive Gesundheit Jugendlicher durch Beratung und Kapazitätsaufbau auf Distrikt-Ebene. Hinsicht des SWAp und den Modalitäten der Gemeinschaftsfinanzierung wurde das Instrument der integrierten Fachkraft (CIM) effektiv zur Stärkung der SWAp-Koordinierungsstelle innerhalb des MoH eingesetzt.



C.

SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

1. Schlussfolgerungen

In diesem Abschnitt werden die wichtigsten, aus den Ergebnissen dieser Evaluierung gezogenen Schlussfolgerungen vorgestellt. Zunächst werden abschließende Bemerkungen zu der Entwicklung der deutschen EZ über den gesamten Zeitraum vorgestellt. Zudem werden spezifische Schlussfolgerungen aus dem SWAp-Zeitraum und den drei Komponenten insbesondere gezogen.

Die Schlussfolgerungen enthalten Bewertungen nach den Abstufungen „niedrig“, „moderat“ und „hoch“. Statt einem *Scoring*-System mit quantifizierbaren Beschreibungen für jede Abstufung zu folgen, sind die Bewertungen aus der hauptsächlich qualitativen Analyse in Teil B dieses Berichts hergeleitet.

Entwicklung und Anpassung an veränderte Kontexte

Im Laufe des Zeitraums der deutschen EZ im Gesundheitssektor von Ruanda in den vergangenen 30 Jahren kamen mehrere EZ-Instrumente und –Modalitäten auf. Während des gesamten Zeitraums gab es den Trend, von der fragmentierten und dezentralen Erbringung von Leistungen zur programmbezogenen Gesundheitssystemstärkung zu kommen.

Während Phase I wurde technische Zusammenarbeit (GTZ) mit personeller Zusammenarbeit (DED) kombiniert. Dies glich ähnlichen Projekten in Benin und Burkina Faso, in denen die GTZ einen finanziellen Beitrag zu einem vollständig durch den DED implementierten Projekt leistete. Dies förderte die Zusammenarbeit zwischen DED und GTZ und wurde so zu einer günstigen Ausgangslage für die in Phase II beginnende Programmbildung. Die GTZ implementierte ebenfalls gemeinsam mit der KfW ein Familienplanungsprojekt, was von Anfang an zu einer engen Koordination von technischer und finanzieller Zusammenarbeit führte. Es gab während dieser Zeit keinen Mehrebenen-Ansatz, um die Beiträge der deutschen EZ zu lenken. Der Schwerpunkt lag auf der Unterstützung der dezentralen Ebene.

Hinsichtlich der Anpassung an sich veränderte Kontexte gab es keine nennenswerten Veränderungen bei den Maßnahmen der deutschen EZ in der ersten Phase, obwohl die politischen,

wirtschaftlichen und sozialen Trends dies eigentlich hätten erwarten lassen, um sich an die wachsenden ethnischen, sozialen und politischen Spannungen anzupassen. Jedoch veränderten einzelne MitarbeiterInnen die Projektaktivitäten, um deren Relevanz und Effektivität sicherzustellen. Während es innerhalb der deutschen EZ und auch international Stimmen gab, die versuchten, auf den sich zuspitzenden Konflikt hinzuweisen, beurteilte die deutsche EZ die Situation falsch und reagierte erst auf den Ausbruch der Gewalttätigkeiten im April 1994 durch Evakuierung aller deutschen ProjektmitarbeiterInnen.

Während es in Phase II einige Elemente der Kontinuität in der Unterstützung durch die deutsche EZ gab, muss ihre Umorientierung im Rahmen des veränderten Kontexts nach dem Genozid als dominantes Merkmal gesehen werden. Die deutsche EZ konzentrierte ihre Unterstützung nun intensiver auf zwei spezifische *préfectures*, begann aber erst 2003 mit der Kombination von beratender Unterstützung auf nationaler Ebene und Unterstützung der Implementierung in den Distrikten. Als Gesundheit 2002 zu einem Schwerpunkt-Sektor für die deutsche EZ in Ruanda wurde und der Programmbildungsprozess zur gleichen Zeit begann, entwickelte sich die deutsche EZ in Richtung eines programmbezogenen Ansatzes.

Die intensivere Kooperation zwischen den verschiedenen Organisationen innerhalb der deutschen EZ führte zu der Gestaltung eines gemeinsamen Programms. Ab 2005 richtete sich die Unterstützung durch die deutsche EZ auf den nationalen Gesundheitsplanungsprozess im Kontext eines SWAp aus, wobei ein besonderer Schwerpunkt auf der Entwicklung eines armutsorientierten Gesundheitssystems lag. Durch das langfristige Engagement für die Unterstützung des Gesundheitssektors in Ruanda, das 2002 bekräftigt wurde, befand sich die deutsche EZ in einer guten Position, die Aufwertung innovativer Erfahrungen zu unterstützen und diese in die Entwicklung nationaler Politiken einzubringen (z.B. CBHI).

Der finanzielle Beitrag der deutschen EZ über einen Zeitraum von 30 Jahren war insgesamt eher bescheiden im Vergleich zu ihren Beiträgen zu anderen Sektoren in Ruanda und auch

zu anderen Gebern im Gesundheitssektor. Die deutsche EZ konzentrierte sich während dieses Zeitraums überwiegend auf technische und personelle Unterstützung durch Beratung wie auch projektbezogene finanzielle Zusammenarbeit. Erst in der letzten Phase der Zusammenarbeit wurde der Finanzrahmen mit der Einführung von Modalitäten der Gemeinschaftsfinanzierung erheblich erweitert. Als Reaktion auf die Agenda zur Wirksamkeit der EZ engagierte sich die deutsche EZ in Sektorbudgethilfe und Korbfinanzierung, während andere DP noch zögerten, diesen Schritt zu tun.

Sektor-weiter Ansatz, Sektorbudgethilfe und Korbfonds zur Kapazitätsentwicklung

Es kann als Schlussfolgerung festgestellt werden, dass die Unterstützung der deutschen EZ zum SWAp und den Modalitäten der Gemeinschaftsfinanzierung im Wesentlichen den Prioritäten der deutschen und ruandischen Regierung entsprachen. Dabei lag der Schwerpunkt auf technischer und finanzieller Zusammenarbeit. Die Unterstützung durch die deutsche EZ im Rahmen von technischer Unterstützung entsprach damit jedoch eher den Prioritäten der deutschen Regierung, da die ruandische Regierung Budgethilfe und Korbfinanzierungen eindeutig bevorzugt.

Die von der deutschen EZ unterstützten EZ-Modalitäten waren zur Erreichung der von den ruandischen und deutschen Partnern gesetzten Ziele angemessen. Die SWAp-Strukturen und Mechanismen auf nationaler Ebene funktionierten effektiv, jedoch variierte dies hinsichtlich der verschiedenen TWG. Die Unterstützung seitens der deutschen EZ, diese Strukturen und Mechanismen funktional zu machen, war äußerst effektiv. Allerdings funktionieren die SWAp-Strukturen und Mechanismen auf dezentraler Ebene noch nicht hinreichend. Hier hätte die deutsche EZ effektiver sein können, wenn die ruandisch-deutsche Zusammenarbeit im Gesundheitssektor später ausgelaufen wäre.

Das Potential von SBS als EZ-Modalität konnte aufgrund des begrenzten Hebeleffekts und mangelnder Kohärenz unter den beitragenden DP nicht voll genutzt werden. Bisher trug die Korbfinanzierung (CDPF) zur Stärkung der institutionellen Kapazitäten im Gesundheitssektor nur in moderatem Maße bei,

da die Mittel in der ersten Phase des CDPF anfangs nur ad hoc verwendet wurden. Die Effektivität der deutschen EZ im Hinblick auf die Unterstützung zur Funktionalität und strategischen Ausrichtung des CDPF, kann als hoch bewertet werden. Es gab jedoch Effizienzmängel hinsichtlich SBS und Korbfinanzierung (CDPF). Transaktionskosten konnten nur teilweise reduziert werden.

Trotz der hohen Eigenverantwortung der ruandischen Regierung hat der SWAp weiter an Dynamik verloren. Das Gleiche gilt für den Umfang und die Aussichten der Modalitäten der Gemeinschaftsfinanzierung (SBS und Korbfinanzierung) in einer Situation, in der der Gesundheitssektor immer noch sehr stark von externer Unterstützung abhängt.

Gesundheitsfinanzierung

Die Gesundheitsfinanzierungs-Komponente des Programms unterstützte zwei Gesundheitsreformen, die als Flaggschiffe in Ruandas Sektorpolitik angesehen werden können: (1) die enorme Herausforderung, eine gemeindebasierte Krankenversicherung (CBHI) in einem Niedrigeinkommens-Land einzuführen und (2) ein weitreichendes System der leistungsbezogenen Finanzierung (PBF) zu installieren. Ziele und Gestaltung der Gesundheitsfinanzierungs-Komponente des Programms waren gemessen an der starken Ausrichtung auf ruandische und deutsche Prioritäten insgesamt von hoher Relevanz.

Angesichts des beeindruckenden Anstiegs des Abdeckungsgrades des CBHI-Systems in Ruanda (gegenwärtig sind ca. 90% der ruandischen Bevölkerung versichert) ist die Effektivität der Bemühungen der deutschen EZ um die CBHI als hoch zu bewerten. Die Bemühungen um eine Verbesserung der Chancengleichheit in der medizinischen Versorgung durch die CBHI werden als moderat bis hoch bewertet, da finanzielle Zugangsbarrieren auf höhere Versorgungsebenen und wirtschaftlich weniger vulnerable Bevölkerungsschichten verlagert worden sind. In der Zusammenschau bestätigen die Belege, dass PBF tatsächlich die Serviceorientierung und Leistungen des Fachpersonals im Gesundheitswesen steigert, lassen aber auch den Schluss zu, dass negative motivationale Effekte und Ressourcenengpässe

Realität sind. Die Effektivität der Unterstützung von PBF wird daher als moderat bewertet. Zusammengefasst führen diese Effektivitätsbewertungen für die einzelnen Mechanismen der Gesundheitsfinanzierung zu einer Bewertung der Effektivität der Komponente insgesamt als moderat bis hoch.

Schlussfolgerungen hinsichtlich der Effizienz der Gesundheitsfinanzierungskomponente sind aufgrund der geringen Verfügbarkeit von Belegen begrenzt. Während dies besonders auf PBF zutrifft, gibt es Hinweise auf eine verbesserte Effizienz der CBHI. Herausforderungen für das ruandische Gesundheitsfinanzierungssystem bestehen durch die starke Fragmentierung zwischen den verschiedenen Mechanismen wie CBHI und PBF und die langen Verzögerungen in den Rückerstattungen an die Distrikteinrichtungen, was zu einer Bewertung der Effizienz der Komponente insgesamt als moderat führt.

Die finanzielle Nachhaltigkeit von CBHI und PBF ist aufgrund der starken Abhängigkeit von externer Unterstützung als niedrig anzusehen. Während jüngste politische und gesetzliche Reformen – teils mit Beiträgen der deutschen EZ – begleitet von einem großen Mittelanteil aus Mitgliedshaushalten vielversprechend für das Fortdauern der positiven Wirkungen der CBHI auf lange Sicht sind, führte die Beendigung der Unterstützung von PBF zu Finanzierungslücken in dem von der deutschen EZ direkt unterstützten Distrikt-Krankenhaus. Die zusammengetragenen Belege lassen daher den Schluss zu, dass die Nachhaltigkeit der Beiträge der deutschen EZ niedrig gewesen ist.

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Die Unterstützung der deutschen EZ zu SRH war stark auf die Ziele und Prioritäten der ruandischen und deutschen Regierung hinsichtlich globaler Gesundheit und menschenrechtsbasierten Prinzipien ausgerichtet. Diese starke Ausrichtung der deutschen EZ an die nationalen Prioritäten und die Berücksichtigung der vorherrschenden Gegebenheiten des Landes führte zu einer hohen Akzeptanz der Prioritäten und Maßnahmen der deutschen EZ durch Partnerorganisationen und Zielgruppen.

Bei SRH war der Mehrebenen-Ansatz der deutschen EZ auf nationaler und dezentraler Ebene begleitet von einer umfassenden Unterstützungs-Strategie, die sich auf sowohl den öffentlichen als auch den privaten Sektor konzentrierte. Während der öffentliche Sektor erfolgreich bei der Stärkung von SRH auf politischer Ebene und der Erhöhung der Abdeckung professioneller SRH-Dienste durch die Gesundheitsdistrikte unterstützt wurde, war die Unterstützung des Privatsektors für soziales Marketing bestimmt; ein Ansatz, der dazu beitrug, (1) das SRH-bezogene Wissen zu vergrößern und (2) den Gebrauch von Verhütungsmitteln in der ruandischen Bevölkerung zu steigern.

Auf nationaler Ebene trug die Unterstützung des öffentlichen Sektors durch die deutsche EZ zu einer Akzentuierung von SRH-bezogenen Themen in technischen Arbeitsgruppen bei, durch die entsprechende Politiken und Pläne verbreitet wurden. Die deutsche EZ trug durch Agenda-Setting und technischen Input in spezifische Maßnahmenbereiche wie die sexuelle und reproduktive Gesundheit Jugendlicher effektiv dazu bei. Diese Strategie lieferte einen wichtigen Rückhalt für Maßnahmen auf dezentraler Ebene. Jedoch wurden nicht alle, auf politischer Ebene angesprochenen Themen rechtzeitig und angemessen auf dezentraler Ebene angegangen und implementiert, z. B. im Bereich der geschlechtsspezifischen Gewalt.

Auf dezentraler Ebene wurden öffentliche Gesundheitszentren und sekundäre Gesundheitsposten zur Erhöhung der Zahl der Fachkräfte im Gesundheitswesen mit speziellem Fachwissen in SRH erfolgreich unterstützt. Die Unterstützung von gemeindebasierten Konzepten, wie GesundheitsarbeiterInnen in den Gemeinden und *Peer Educators*, war wichtig und effektiv, um die jeweiligen Zielgruppen zu erreichen, und eine geeignete Strategie, um Gemeinden an höherwertige Dienste in den Gesundheitszentren und Distrikt-Krankenhäusern anzubinden. Darüber hinaus hat die Kombination von Informationskampagnen mit kommerziellen Marketingtechniken für Verhütungsmittel durch die Unterstützung des sozialen Marketings im Privatsektor wohl effektiv zur Sensibilisierung wie auch zu Verhaltensänderungen beigetragen. Zudem wurden potentielle Synergien zwischen der Unterstützung des öffentlichen und des privaten

Sektors auf Gemeinde-Ebene geschaffen, am deutlichsten durch die Verbindung von sozialem Marketing im Privatsektor und gemeindebasierten Konzepten mit GesundheitsarbeiterInnen in den Gemeinden und *Peer Educators*. Verbindungen wurden ebenfalls hergestellt im Bereich Krankheitsprävention, z.B. im Bereich HIV/AIDS-Prävention und Tuberkulose.

Während die Gesamt-Strategie der deutschen EZ in Bezug auf SRH zur Erreichung der jeweiligen Zielgruppen und gesetzten Ziele geeignet war, gelang der technischen und finanziellen Unterstützung keine hinreichende Stärkung der Rolle des Privatsektors hinsichtlich der Informationsdienste einerseits und der Bereitstellung von Verhütungsmitteln andererseits in einer Umgebung, in der das MoH immer noch eine bedeutende Rolle spielen muss. Dies wird unterstrichen durch einen immer noch begrenzten Marktanteil für durch kommerzielle Marketing-techniken angebotene Verhütungsmittel und einen begrenzten Abdeckungsgrad der SRH-bezogenen Informationskampagnen in abgelegenen Gebieten. Darüber hinaus bestehen weiterhin sozio-ökonomische Unterschiede hinsichtlich des Wissenstandes und der Nutzung dieser Dienste. Eine weitere Stärkung des privaten Sektors würde den Prioritäten der ruandischen Regierung entgegenkommen und dazu beitragen, künftig die Kosten für den öffentlichen Sektor zu reduzieren.

Abschließend ist festzuhalten, dass die Gesamteffektivität der Unterstützung zu SRH durch die deutsche EZ als moderat bis hoch bewertet werden kann. Das gilt auch für die Nachhaltigkeit der bemerkenswerten Ergebnisse: Auf der einen Seite wird SRH als wichtige Priorität in der künftigen Gesundheitsstrategie Ruandas anerkannt, während auf der anderen Seite ständige Herausforderungen in der Zukunft deshalb zu erwarten sind, weil die technischen Kapazitäten der Gesundheitsfachkräfte immer noch eingeschränkt sind und erhebliche Disparitäten bei der Nutzung der Dienste in der ganzen Bevölkerung bestehen.

Personalentwicklung

Die Maßnahmen der deutschen EZ in der HRD-Komponente waren von großer Relevanz für das Ziel dieser Komponente und des Programms. Die Komponente trug zur nationalen

Personalstrategie im Gesundheitswesen bei und entsprach den Prioritäten sowohl der ruandischen als auch der deutschen Regierung sowie dem Bedarf der ruandischen Bevölkerung.

Die deutsche EZ trug auf sehr effektive Weise dazu bei, die Zahl der ruandischen Fachkräfte im Gesundheitswesen zu erhöhen und deren Fertigkeiten und Wissen weiterzuentwickeln. Die Unterstützung durch die deutsche EZ hatte auch einen positiven Langzeiteffekt auf die Denkweise der von EntwicklungshelferInnen ausgebildeten MedizinstudentInnen und auf ILT-Alumni. Trotz vieler Hindernisse konnten sie ihr Wissen in ihrem Arbeitsumfeld anwenden und somit dazu beitragen, die Versorgungsqualität in ruandischen Krankenhäusern zu verbessern.

Das Weiterbestehen des praktischen Jahres ist, trotz aller noch bestehenden organisatorischen Problemstellungen, ein langfristiger positiver und strukturbildender Effekt der deutschen EZ. Eine Ausweitung dieser Bemühungen wurde auch durch die Einsetzung einer Sonderarbeitsgruppe für Krankenhausmanagement und das landesweite Training von Verwaltungspersonal in den Krankenhäusern erreicht.

Die Effizienz der ILT-Maßnahme war relativ niedrig. Die hohen absoluten Kosten des ILT-Kurses in Deutschland waren auch bedingt durch den recht intensiven Sprachkurs in Deutsch. Die Kosten hätten beträchtlich niedriger ausfallen können, wenn der Kurs auf Englisch gehalten worden wäre, insbesondere auch deshalb, weil die erworbenen Sprachkenntnisse von den TeilnehmerInnen als nicht ausreichend und wenig relevant angesehen wurden.

Der starke politische Wille der ruandischen Regierung, weiterhin in Personal für das Gesundheitswesen zu investieren, kann als positive Voraussetzung für die Nachhaltigkeit der Ergebnisse betrachtet werden, welche durch die HRD-Unterstützung seitens der deutschen EZ erreicht worden waren. Jedoch war die Instandhaltung der Ausstattung der Gesundheitszentren über die Jahre hinweg ein ernsthaftes Problem und bleibt auch weiterhin in allen Krankenhäusern ein anhaltendes Risiko für die Nachhaltigkeit der Dienstleistungen. In ähnlicher Weise ist

die Motivation der ruandischen ÄrztInnen, über längere Zeit im öffentlichen Gesundheitssektor tätig zu bleiben, insbesondere auf Distrikt-Ebene, relativ niedrig.

Impact

Im letzten Jahrzehnt hat Ruanda eine bemerkenswerte Verbesserung des Gesundheitsstatus der Bevölkerung erlebt und ist jetzt auf einem guten Weg, die gesundheitsbezogenen MDGs vor 2015 zu erreichen. Dabei trug die deutsche EZ zu positiven Veränderungen in den Bereichen Mortalität und Morbidität, Risikoschutz und Senkung der Fertilität bei. Nahezu alle nationalen Gesundheitsindikatoren haben sich erheblich verbessert und machen Ruanda zu einem der *Top Performer* in Subsahara-Afrika.

Die Unterstützung des Gesundheitssektors durch die deutsche EZ hat zu dieser Entwicklung in moderatem bis hohem Maß beigetragen. Einerseits trug die deutsche EZ ganz eindeutig zur Verbesserung des Gesundheitsstatus der ruandischen Bevölkerung durch verschiedene Maßnahmen in allen drei Komponenten bei. Der Mehrebenen-Ansatz der deutschen EZ auf sowohl nationaler wie dezentraler Ebene war sehr effektiv hinsichtlich einer Verbesserung des Gesamtabdeckungsgrades und Zugang zu Gesundheitsdiensten, insbesondere durch Unterstützung CBHI und Personalentwicklung. Komplementäre Maßnahmen in den von der deutschen EZ unterstützten Distrikten, wie z.B. die sozialen Fonds, begleiteten CBHI durch die Übergangsperiode zu einem stärker armutsorientierten Krankenversicherungssystem. Andererseits findet die Evaluierung ein gemischtes Bild im Zusammenhang mit der Effektivität der deutschen EZ bei der Reduzierung der Gesundheitsdisparitäten im Gesundheitsstatus der ruandischen Bevölkerung vor. Dabei war die Konzentration der deutschen EZ auf einige spezifische Zielgruppen und abgelegene Gebiete nur moderat und somit unzureichend für die Verminderung sozio-ökonomischer, altersspezifischer und Land-Stadt-Disparitäten im Gesundheitsstatus. Geschlechter-spezifische Unterschiede bestehen fort und Strategien wie gegen geschlechtsspezifische Gewalt sind bisher auf dezentraler Ebene nur moderat effektiv gewesen.

Weiterhin ist zwar der Ansatz der deutschen EZ zur Gesundheitssystemstärkung ein wesentliches Element innerhalb der ruandischen Gesundheitsarchitektur gewesen, doch hängt ein beträchtlicher Teil des beeindruckenden Fortschritts im Bereich Malaria, Tuberkulose und HIV/AIDS-Prävention von dem großen finanziellen Engagement der jeweiligen vertikalen Programme ab.

Koordination, Kohärenz und Komplementarität

Es gibt hinreichende Belege dafür, dass Synergien zwischen technischer und finanzieller Zusammenarbeit erreicht wurden. Die zwischen den beiden Organisationen entwickelten Koordinations- und Kooperationsmechanismen erwiesen sich als gut funktionierend. Die Programmbildung trug zu verbesserter Koordination und Harmonisierung zwischen DED und GTZ bei, erwies sich aber bisweilen als schwieriger Integrationsprozess.

Schrittweiser Ausstieg

Gemäß der ruandischen Politik der Arbeitsteilung beendete Deutschland seine Unterstützung zum Ende 2012. Obwohl eine Übergangszeit von zwei Jahren geplant war, war der zeitliche Rahmen für einige Übergabeprozesse relativ kurz. Dass dies während eines laufenden Programmzyklus stattfand, stellte hohe Anforderungen an die Organisation der Ausstiegsstrategie. Zusätzliche Zeitressourcen im Einklang mit dem gesamten Programmzyklus wären nützlich gewesen und hätten ausgehandelt werden sollen.

Obwohl der Prozess durch die ruandische Regierung initiiert wurde, gab es nur begrenzte Unterstützung für die Koordination mit anderen Entwicklungspartnern und dezentralen Ebenen und wurde zum größten Teil der deutschen EZ überlassen. Es kann geschlossen werden, dass die Unterstützung der deutschen EZ durch einen verlängerten Ausstiegszeitraum effektiver und nachhaltiger hätte sein können.

Wenn man die starke Eigenverantwortung der ruandischen Regierung einerseits berücksichtigt und andererseits die Tatsache, dass der SWAp an Dynamik verloren hat, sind die Chancen für eine Nachhaltigkeit der im Gesundheitsprogramm erreichten Ergebnisse moderat bis hoch. Die Konzentration der

deutschen EZ auf die Unterstützung der ruandischen Strategien und Ansätze im Einklang mit dem SWAp erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die Dienste in den Hauptmaßnahmenbereichen nach dem Ausstieg aufrechterhalten bleiben. Diese Einschätzung berücksichtigt auch die starke Abhängigkeit des Gesundheitssektors von externer Finanzierung. Wichtige DP haben ihre Beiträge reduziert oder werden sie reduzieren, und nicht alle, durch den Ausstieg der deutschen EZ entstandenen Lücken wurden – besonders auf dezentraler Ebene – durch nationale Institutionen völlig geschlossen. Jedoch haben im Rahmen der neuen Politik der Arbeitsteilung neue DP vor kurzem ihre Unterstützung für den Gesundheitssektor aufgenommen.

Erfolgreiche und weniger erfolgreiche EZ-Modalitäten und -Instrumente

Die deutsche EZ spielte eine prominente Rolle in der Gestaltung des SWAp wie auch in der Einrichtung und Stärkung der verschiedenen Strukturen und Mechanismen. Dadurch trug die deutsche EZ dazu bei, dass der SWAp einen Mehrwert dabei realisieren konnte, die Wirksamkeit der EZ im Einklang mit den Prioritäten der ruandischen und deutschen Regierung wie auch der Pariser Erklärung voranzutreiben.

Die Kombination der verschiedenen EZ-Modalitäten durch den SWAp erwies sich als äußerst förderlich für die Beiträge der deutschen EZ zur Gestaltung und Implementierung des gemeinsamen Gesundheitsprogramms. Während die deutsche EZ, gemessen am finanziellen Volumen, nicht zu den größeren Gebern im Gesundheitssektor gehörte, erreichte sie doch eine verstärkte Hebelwirkung durch die Kombination der verschiedenen EZ-Modalitäten und -Instrumente.

Die deutsche EZ konzentrierte sich absichtlich auf Gesundheitssystemstärkung, d.h. einen horizontalen Ansatz zur Verbesserung des Abdeckungsgrades und der Qualität der Gesundheitsdienste in Komplementarität zu vertikalen Programmen. Vertikale Programme, insbesondere die von der Regierung der Vereinigten Staaten von Amerika und dem GFATM finanzierten, waren aufgrund des in den Gesundheitssektor fließenden finanziellen Volumens zunehmend wichtiger geworden. So trug die deutsche

EZ zum Ausgleich zwischen vertikalen und horizontalen Programmen bei.

Die deutsche EZ kombinierte verschiedene Instrumente wie technische (GIZ) und finanzielle (KfW) Zusammenarbeit, Beratungsdienste durch EntwicklungshelferInnen (DED/GIZ) und integrierte Fachkräfte (CIM) wie auch Kapazitätsentwicklung von Personal (InWEnt/GIZ) erfolgreich miteinander. Es gibt hinreichende Belege für Synergieeffekte aus der Kombination dieser verschiedenen Instrumente.

2. Empfehlungen

Die folgenden Empfehlungen sind aus den Schlussfolgerungen des vorangegangenen Kapitels hergeleitet. Die Empfehlungen ergeben vor dem Hintergrund des Ausstiegs der deutschen EZ aus dem Gesundheitssektor. Sie richten sich daher zum Teil an das Gesundheitsministerium in Ruanda mit dem Ziel, die Beiträge der deutschen EZ zur Entwicklung des Gesundheitssektors aufrechtzuerhalten.

Andere Teile der Empfehlungen richten sich gezielt an die deutsche EZ, d.h. das BMZ, die GIZ und die KfW. Zum Verständnis dieser Empfehlungen an die deutsche EZ ist zu berücksichtigen, dass sie nur die Lernerfahrungen aus der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit im Gesundheitssektor widerspiegeln und daher keine allgemeine Übertragbarkeit oder Anwendbarkeit beanspruchen können. Daher sollten sie eher als Anstoß für die Gestaltung, Implementierung und den schrittweisen Ausstieg aus programm-basierten Ansätzen, insbesondere im Gesundheitssektor, in solchen Partnerländern der deutschen EZ dienen, die ähnliche Rahmenbedingungen wie Ruanda aufweisen. Die wesentlichen Charakteristika in dieser Hinsicht wären: starke Eigenverantwortung (*ownership*) und Einsatz der Regierung für die Entwicklung des Gesundheitssektors, ein förderliches Umfeld für sozio-ökonomische Entwicklung mit einem akzeptablen Abdeckungsgrad und Zugang zu Gesundheitsdiensten, sowie günstige Bedingungen für dezentrale Gesundheitssystemstärkung.

Empfehlungen zu den EZ-Modalitäten und -Instrumenten, wie sie in der ruandisch-deutschen Zusammenarbeit zur Anwendung kamen, können sogar für andere Sektoren relevant sein. Man darf jedoch nicht vergessen, dass die Konfigurationen der beteiligten Akteure von einem Sektor zum anderen sehr unterschiedlich sind.

Die an die deutsche EZ gerichteten Empfehlungen sind, soweit möglich, im Rahmen einer bestimmten Politik und deren Formulierung oder für die Implementierung von Programmen spezifiziert. Erstere richten sich an das BMZ, letztere an die GIZ und/oder KfW.

Sektor-weiter Ansatz, Sektorbudgethilfe und Korbfonds zur Kapazitätsentwicklung

MoH

1. Die Ergebnisse der Evaluierung zeigen deutlich, dass für eine weitere Verbesserung des allgemeinen Gesundheitsstatus der ruandischen Bevölkerung die Weiterführung und Intensivierung der armuts-, geschlechts- und altersspezifischen Maßnahmen erforderlich ist, um Ungleichheit und Ungerechtigkeit im Zuge des gegenwärtigen *Health Sector Strategic Plan* anzugehen.

BMZ

2. Die Evaluierung hat herausgearbeitet, dass es eine starke Hebelwirkung durch die Kombination verschiedener EZ-Modalitäten und -Instrumente im Kontext eines SWAp im Gesundheitssektor gegeben hat. Daher hat ein diversifiziertes Portfolio von verschiedenen EZ-Modalitäten und -Instrumenten das Potential, die Gesamteffektivität von programm-basierten Ansätzen zu erhöhen. Dies sollte durch gut fundierten Politik-Dialog begleitet werden.
3. Um die Effektivität eines SWAp zu steigern, und zwar nicht nur im Gesundheitssektor, sollte ein Schwerpunkt auf eine Verbesserung der Kohärenz zwischen den Entwicklungspartnern gelegt werden, insbesondere bei programmorientierter Gemeinschaftsfinanzierung. Dabei haben die Abstimmung von und die Ausrichtung auf gemeinsame Verfahren das

Potential, die Hebelwirkung von Politik-Dialog beträchtlich zu erhöhen.

4. Die Evaluierung hat die Herausforderungen von Situationen beleuchtet, in denen die größten Entwicklungspartner in einem Sektor keine führende Rolle in dem SWAp einnehmen. Künftige Strategien sollten stärker auf Politik-Dialog setzen und sich darauf konzentrieren, die Hebelwirkung des Engagements von Schlüssel-Entwicklungspartnern durch der Ausrichtung ihrer Maßnahmen auf den SWAp zu erhöhen. Dies wird zweifellos an verschiedene Entwicklungspartner die Forderung stellen, eine führende Rolle im SWAp zu übernehmen, doch sollte die deutsche EZ wenn möglich eine Mittlerrolle übernehmen, zu der auch gehören würde, ihre Position und ihren Einfluss in multilateralen Institutionen, z.B. der Weltbank, geltend zu machen.
5. Die Evaluierung hat gezeigt, dass die Gemeinschaftsfinanzierung einzelner Maßnahmen durch Korbfinanzierung die Kapazitätsentwicklung im Rahmen eines Gesundheits-SWAp in Ruanda verbessert hat. Künftige Strategien zur Einrichtung von Korbfinanzierungen für Kapazitätsentwicklung im Zusammenhang mit programmbezogenen Ansätzen im Gesundheitssektor und darüber hinaus sollten sich mehr auf die strategische Orientierung und das gemeinsame Management konzentrieren, um die Effektivität, die Effizienz und die Nachhaltigkeit der Entwicklung und Stärkung von Kapazitäten in dem jeweiligen Sektor zu erhöhen. Dafür muss das Programm von Anfang an durch technische Zusammenarbeit unterstützt werden.
6. Die Dezentralisierung des SWAp sollte direkt von Beginn an gefördert werden, zu einem Zeitpunkt an dem wesentliche institutionelle Reformen eingeleitet werden und die es somit den Akteuren vor Ort ermöglichen, am Dezentralisierungsprozess zu partizipieren. Der Dezentralisierungsprozess sollte durch Kapazitätsaufbau sowohl auf zentraler als auch dezentraler Ebene unterstützt werden, idealerweise durch Korbfinanzierung. Während erfolgreiche Unterstützung entscheidend von der Beteiligung verschiedener Akteure, auch von außerhalb des Gesundheitssektors, abhängt, bietet der Mehrebenen-Ansatz der deutschen EZ

einen geeigneten Ausgangspunkt zur Unterstützung des Dezentralisierungsprozesses.

GIZ und KfW

7. Es wird empfohlen, bereits in einem frühen Stadium des (Gesundheits-) Programms die Dezentralisierung von SWAp-Mechanismen und -Strukturen zu stärken, wenn wesentliche institutionelle Reformen bereits in die Wege geleitet wurden. Der Dezentralisierungsprozess sollte durch Kapazitätsaufbau sowohl auf zentraler als auch dezentraler Ebene unterstützt werden, idealerweise durch Korbfinanzierung. Während eine erfolgreiche Unterstützung entscheidend von der Beteiligung verschiedener Akteure, auch von außerhalb des Gesundheitssektors, abhängt, bietet der Mehrebenen-Ansatz der deutschen EZ einen geeigneten Ausgangspunkt zur Unterstützung des Dezentralisierungsprozesses.

Gesundheitsfinanzierung

MoH

8. Ruandische Mitglieder der gemeindebasierten Krankenversicherung (CBHI) und diejenigen, die damit beauftragt sind, die Beiträge in den Gesundheitszentren einzusammeln, berichteten, dass sie die Zahlungsmodalitäten für die CBHI-Beiträge wie (1) Zahl der Raten, (2) das Erfordernis, die ganze Familie anzumelden, und (3) eine Wartefrist von einem Monat nach Zahlung bis zur Inanspruchnahme von Leistungen, als restriktiv empfinden. Während diese Modalitäten bewusst so gewählt wurden, um adverser Selektion entgegenzuwirken, empfiehlt das Evaluierungsteam die Lockerung dieser Restriktionen in Erwägung zu ziehen, um eine gerechte und dauerhaft hohe Abdeckung des Krankenversicherungssystems sicherzustellen.
9. Zur weiteren Sondierung der leistungsbasierten Finanzierung (PBF) in Ruanda empfehlen sich weitere methodisch rigorose Untersuchungen zu den Aspekten der Effektivität und Effizienz, insbesondere im Hinblick auf (1) den Ausschluss von Alternativerklärungen wie z. B. die Steigerung von Motivation durch Anhebung der Gehälter von Gesundheitspersonal ohne Leistungsorientierung und (2) die Bewertung der Kosteneffektivität des arbeitsintensiven Verfahrens.
10. Gesundheitsfachkräfte haben Bedenken geäußert, dass PBF Ungleichheiten zwischen Gesundheitsdienstleistern verschärfen könnte, da gut aufgestellte Einrichtungen langfristig ihren Vorsprung gegenüber ressourcen-armen Einrichtungen weiter ausbauen werden, indem sie höhere PBF-Prämien erzielen. Darüber hinaus beklagten die meisten der befragten Gesundheitsfachkräfte, dass ihre Arbeitsumgebung mit Problemen belastet sei, die durch die PBF nicht angesprochen werden (z. B. hohe Personalfuktuation und Mangel an Ausstattung). Um Demotivation und/oder Manipulation des Systems durch gefälschte Ergebnisse aufgrund nicht erreichbarer Zielvorgaben und Indikatoren zu vermeiden, sollte das leistungsbezogene Finanzierungssystem in Ruanda weiterhin mit Kapazitätsentwicklung in den Einrichtungen und Verbesserungen der physischen Arbeitsumgebung gekoppelt werden.
11. Sowohl CBHI als auch PBF zielten darauf ab, die finanzielle Autonomie der Gesundheitseinrichtungen auf Sektor- oder Distrikt-Ebene durch Rückerstattungen von zentraler Ebene zu erhöhen. Jedoch zwingen lange Verzögerungen in den Transaktionen die Gesundheitseinrichtungen häufig in die Vor-Finanzierung und gefährden durch den damit verbundenen Verlust an Flexibilität die anvisierte Autonomie. Das Evaluierungsteam empfiehlt daher, die Beschleunigung der Erstattungszahlungen an dezentrale Ebenen in Angriff zu nehmen.
12. EndnutzerInnen und Gesundheitsfachkräfte berichteten häufig über eine falsche Klassifizierung von CBHI-Mitgliedern nach *Ubudehe* Kategorien. *Ubudehe* ist ein System zur Armuts-Klassifizierung der Bevölkerung in Bezug auf ihre ökonomische Vulnerabilität. Da auf Grundlage dieser Klassifizierung verschiedene staatliche Sozialleistungen in Anspruch genommen werden können (darunter CBHI-Beiträge), kann eine falsche Klassifizierung ökonomisch vulnerable Personen in katastrophale Gesundheitsausgaben treiben. Gleichzeitig gehen CBHI-Einnahmen verloren, wenn andere wiederum weniger als erforderlich einzahlen. Während die *Ubudehe*-Klassifizierung unter der Ägide des Ministeriums für Kommunalverwaltungen steht, sollte das MoH auf eine strengere Anwendung des Klassifizierungssystems drängen,

um das Vertrauen der Mitglieder in die Gerechtigkeit des Versicherungssystems sicherzustellen.

BMZ

13. Die Gesamtevidenz zu den eindeutig auf die leistungsbezogene Finanzierung attribuierbaren Effekten sowie deren Nachhaltigkeit und Effizienz ist nicht sehr belastbar. In Zusammenhang mit den Vorschlägen zu weiteren Untersuchungen, die dem Gesundheitsministerium für Ruanda empfohlen wurden, sollte das BMZ methodisch rigorose Studien zu diesen Aspekten in anderen Kontexten unterstützen, um das Potential dieses Ansatzes kritisch zu bewerten und die internationale Wissensbasis zu erweitern.
14. Das Vorhandensein einer landesweiten partizipativen Armuts-Klassifizierung für ganz Ruanda, die auf den PRSP Prozesses zurück geht und zu den *Ubudehe*-Kategorien führte, erleichterte die Umstellung von einem pro-Kopf- zu einem einkommensabhängigen Beitragssystem für die CBHI-Versicherten. Ähnliche Klassifizierungssysteme in anderen Partnerländern sollten einbezogen werden, um die Beitragsgerechtigkeit bei der Gestaltung oder Unterstützung von Systemen der sozialen Sicherung zu stärken.

GIZ

15. Der Fall Ruandas zeigt deutlich, dass soziale Fonds zur Begleitung von Versicherungssystemen für einen gewissen Zeitraum zu mehr Zugangsgerechtigkeit führen können. Besonders im Übergang von einem pro-Kopf- zu einem weniger regressiven Beitragssystem könnte ein solcher Ansatz auch andernorts angewandt werden, um katastrophale Kosten für Gesundheitsdienstleistungen für ökonomisch vulnerable Bevölkerungsteile abzumildern.
16. Im Fall Ruandas wird weiterhin deutlich, dass PBF-Maßnahmen nicht aus ihren Kontexten herausgelöst werden sollten: Menschliche Motivation ist komplex und nicht nur durch finanzielle Anreize beeinflusst. Um intrinsische Motivation zu fördern, sollte PBF als institutionelle Vereinbarung nicht nur durch Geld belohnen, sondern auch durch Lob und Wertschätzung. Es wird daher empfohlen, dass künftige PBF-Maßnahmen stärker mit Kapazitätsentwicklung für die

MitarbeiterInnen in Supervision und Management gekoppelt werden und, bestenfalls, an Maßnahmen zur Verbesserung der physischen Arbeitsumgebung. Sonst könnten die gesetzten Zielvorgaben und Indikatoren als unerreichbar wahrgenommen werden, was zu Demotivation oder gefälschten Berichten über die Zielerreichung führen könnte.

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

MoH

17. Die Evaluierung führt Belege an, dass die ruandisch-deutsche Zusammenarbeit wesentlich zu einer bemerkenswerten Verbesserung der Sensibilisierung und dem daraus resultierenden entsprechenden Verhalten in Bezug auf sexuelle und reproduktive Gesundheit und Familienplanung in Ruanda beigetragen hat. Diese Ergebnisse sind den Maßnahmen sowohl im öffentlichen als auch im privaten Sektor und deren Interaktion zuzuschreiben. Doch stellte die Evaluierung auch eine immer noch begrenzte Rolle des privaten Sektors hinsichtlich der Bereitstellung von Kontrazeptiva und Informationen fest. Während dies im Gegensatz zu den im jüngsten Strategischen Plan zur Familienplanung dargestellten Prioritäten der ruandischen Regierung steht und die Belastung des öffentlichen Gesundheitssystems durch steigende Kosten weiter erhöht, ist es wichtig, den Privatsektor weiter zu unterstützen, um dessen Marktanteil bei Kontrazeptiva zu erhöhen und seine Rolle im ruandischen Gesundheitssystem insgesamt zu stärken. Synergien könnten durch potentielle Verbindungen zwischen dem öffentlichen Gesundheitssystem auf kommunaler Ebene (d.h. GesundheitsarbeiterInnen in den Gemeinden und *Peer Educators*) und kommerzielle Marketing-Techniken des Privatsektors gefördert werden. Auf politischer Ebene könnte eine Klärung der Rollen und Zuständigkeiten zwischen privaten und öffentlichen Akteuren die Kohärenz und Planungsfähigkeiten steigern, was für das künftige Engagement von Gebern in der Unterstützung des Privatsektors von Relevanz ist.
18. Trotz der bemerkenswerten Verbesserung der Sensibilisierung der Bevölkerung um Familienplanung und HIV/AIDS durch groß angelegte Kampagnen des sozialen Marketings ist der Zugang zu solchem Wissen noch nicht überall möglich

und hängt von verschiedenen sozio-ökonomischen Bedingungen ab. Daher wird empfohlen, dass künftige Kampagnen sich deutlicher auf spezifische und benachteiligte Zielgruppen, insbesondere in abgelegenen Gebieten, konzentrieren. Dementsprechend sollten die Synergien zwischen groß angelegten Informationskampagnen und spezifischeren Ansätzen durch Konzepte für GesundheitsarbeiterInnen und *Peer Educators* auf Gemeinde-Ebene gefördert werden.

GIZ und KfW

19. In Ruanda wurde sowohl der öffentliche als auch der privaten Sektor durch die deutsche EZ effektiv unterstützt. Insbesondere wurden auf dezentraler Ebene Synergien zwischen dem vom Privatsektor betriebenen sozialen Marketing und gemeindebasierten Konzepten geschaffen. Jedoch wird angesichts der immer noch begrenzten Rolle des Privatsektors im Zusammenhang mit der Bereitstellung von Verhütungsmitteln und Informationen empfohlen, dass die deutsche EZ für künftige Strategien des sozialen Marketings unter ähnlichen Bedingungen einen besonderen Schwerpunkt auf Beratungsangebote zur Klärung der Rollen und Zuständigkeiten zwischen dem öffentlichen und dem privaten Sektor legen sollte, um das Wirkungspotential für kommerzielle Marketing-Techniken zu stärken und damit steigende Kosten für das öffentliche Gesundheitssystem zu senken. Gleichzeitig sollten Synergien zwischen dem privaten und dem öffentlichen Sektor gefördert werden, z. B. durch Verbesserung der Verknüpfungen zwischen den Vertriebsnetzen des Privatsektors und gemeindebasierten Konzepten wie GesundheitsarbeiterInnen und den *Peer Educators*.
20. In Ruanda haben groß angelegte Informationskampagnen zu einer bemerkenswerten Verbesserung des Wissens zu und der Sensibilisierung bei sexueller und reproduktiver Gesundheit geführt. Jedoch wurden gerade stärker benachteiligte Zielgruppen in weiter abgelegenen Gebieten nicht erreicht. In vergleichbaren Länderkontexten, in denen die *Peer Group* das zentrale Element für Wissenstransfer ist, sollten gemeindeorientierte Konzepte wie *Peer Educators* mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Zur Steigerung der Gesamteffektivität wird empfohlen, dass spezifischere Maßnahmen sich auf

Schlüsselpersonen in den Gemeinde konzentrieren sollten, um Multiplikatoren-Effekte des Wissenstransfers zu verbessern. So sollten große Informationskampagnen von Anfang an durch gemeindeinternen Wissenstransfer begleitet werden. Dies könnte auch zu potentiellen Synergieeffekten zwischen dem privaten und dem öffentlichen Sektor auf Gemeinde-Ebene führen.

Personalentwicklung

MoH

21. Der Ausstieg der deutschen EZ aus dem Gesundheitssektor hat eine Lücke in der Unterstützung des praktischen Jahres hinterlassen. Es wird empfohlen, diese Lücke gemeinsam mit Entwicklungspartnern zu schließen, um mehr Gewicht auf die Stärkung der Distrikt-Krankenhäuser zu legen, so dass MedizinstudentInnen während ihres klinischen Praktikums adäquat ausgebildet und supervisiert werden. Dies ist insbesondere auch deshalb wichtig, weil weitere Distrikt-Krankenhäuser in Ruanda für die medizinische Ausbildung von angehenden ÄrztInnen zugelassen worden sind. Dies erfordert auch gemeinsame Anstrengungen seitens des MoH und des Bildungsministeriums mit dem Ziel, das staatliche Praktikumsprogramm besser zu steuern und das Monitoring sicherzustellen.
22. Das Potential der Erfahrungen der ILT-Alumni im Krankenhausmanagement sollte für den in Zusammenarbeit zwischen der *School of Public Health* und der *Yale University* eingeführten Kranken- und Gesundheitspflege-Kurs genutzt werden.

BMZ

23. Angesichts der positiven Erfahrungen in Ruanda wird empfohlen, substantiellere Unterstützung für die medizinische Ausbildung in den Partnerländern anzustreben. Dafür ist ein starkes Engagement des Partnerlandes von grundlegender Bedeutung, der medizinischen Ausbildung genügend finanzielle Mittel und Personalbereitzustellen, darunter auch die Verfügbarkeit von *Counterparts* für EntwicklungshelferInnen. Weiterhin sollten individueller Wissenstransfer und beratende Unterstützung durch EntwicklungshelferInnen mit weiteren Instrumenten, d. h. Beratung auf nationaler Ebene

und Nutzung von Korbfinanzierungen, empfohlen, um die Gesamteffektivität der Unterstützung zur Personalentwicklung zu erhöhen.

Schrittweiser Ausstieg

BMZ

24. Für den schrittweisen Ausstieg sollten unter ähnlichen Bedingungen sollten die jeweiligen Beteiligten auf dezentraler Ebene stärker involviert werden. Zudem sollte genügend Personal und genügend Zeit zur Verfügung stehen, um die Nachhaltigkeit zu garantieren. Die deutsche EZ sollte den politischen Dialog verbessern als Mittel, das zuständige Ministerium intensiv an dem Ausstiegsprozess zu beteiligen. Dies muss als Voraussetzung dafür gesehen werden, ein systematisches Management des institutionellen Wissens sicherzustellen.
25. Für Ausstiegsprozesse unter ähnlichen Bedingungen sollten Zeitvorgaben anhand der Erfordernisse einer jeden Programmkomponente definiert werden. Dies gestattet einen schrittweisen Ausstieg statt der Weitergabe „des Stabs“ zu einem festgelegten Datum. Das Evaluierungsteam empfiehlt ebenfalls, zur Sicherung des Weiterbestandes der erreichten Ergebnisse Mechanismen zur Begleitung des Ausstiegsprozesses über das Ausstiegsdatum hinaus zu vereinbaren. Diese sollten auf strategischen Überlegungen mit den wichtigeren Partnerinstitutionen zu den erreichten Ergebnissen, *Lessons Learned* und der künftigen Tätigkeit beruhen.

QUELLENANGABEN

Abbott, P., & Malunda, D. (2013). *Policy Brief on the Analysis of 2013/2014 Rwanda National Budget*. Kigali: Institute of Policy Analysis and Research/ ActionAid.

Abbott, P., & Rwirahira, J. (2012). *Aid effectiveness in Rwanda: Who benefits?* Kigali: ActionAid/Rwanda Civil Society Platform/Institute of Policy Analysis and Research.

AHWO, African Health Workforce Observatory. (2009). *Human resources for health. Country profile Rwanda*. Brazzaville, Republic of Congo: World Health Organization/Global Health Workforce Alliance.

Akin, J. S., Birdsall, N., & de Ferranti, D. M. (1987). *Financing health services in developing countries: An agenda for reform*. World Bank Policy Study (Vol. 6563). Washington, DC: World Bank.

Asche, H. (1995). *Rwanda: Die Produktion eines ethnischen Dramas*. IAK-Diskussionsbeiträge (Vol. 4). Hamburg: Institut für Afrika-Kunde.

Bail, R., & Kantengwa, K. (2006). *Evaluation of pre and post graduate medical education in Rwanda*. Kigali: National University of Rwanda/ German Development Cooperation.

Basinga, P., Gertler, P., Binagwaho, A., Soucat, A., Sturdy, J., & Vermeersch, C. (2011). *Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary healthcare providers for performance: An impact evaluation*. The Lancet, 377(9775), 1421 – 1428.

Benn, C. (2009). *The Global Fund is the primary instrument for a more just distribution of resources in global health*. Medicus Mundi Bulletin, 111, 63 – 67.

Bennet, S. (2004). *The role of community-based health insurance within the health care financing system: A framework for analysis*. Health Policy and Planning, 19(3), 147 – 158.

Bertelsmann Foundation. (2012). *Transformation Index BTI*. Retrieved March 5th, 2013, from <http://www.bti-project.de/index/status-index/>

Binagwaho, A. (2009). *Report on adolescent health in Rwanda*. Journal of Health and Human Rights.

Binagwaho, A., Hartwig, R., Ingeri, D., & Makaka, A. (2012). *Mutual health insurance and the contribution to improvements in child health in Rwanda*. Passauer Diskussionspapiere: Volkswirtschaftliche Reihe (Vol. V-66 – 12).

BMZ, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. (2008). *Budget support in the framework of program-oriented joint financing (PjF)*. Strategies 181. Bonn/Berlin: BMZ.

BMZ, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. (2009a). *Health and human rights*. Special 165. Bonn/Berlin: BMZ.

BMZ, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. (2009b). *Republik Ruanda. Länderkonzept*. Bonn/Berlin: BMZ.

BMZ, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. (2009c). *Sector strategy: German development policy in the health sector*. Strategies 187. Bonn/Berlin: BMZ.

BMZ, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. (2009d). *Sektorkonzept „Gesundheit in der deutschen Entwicklungspolitik“*. BMZ Konzepte 183. Bonn/Berlin: BMZ.

BMZ, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. (2009e). *Sektorkonzept Soziale Sicherung*. BMZ Konzepte 180. Bonn/Berlin: BMZ.

BMZ, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. (2012a). *Budget Support for Rwanda suspended* [press release], July 28, 2012.

BMZ, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. (2012b). *Datenauskunftssystem (DASY)*.

BMZ, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. (2012c). *Deutschlands Beitrag zur nachhaltigen Eindämmung von HIV. Ein Positionspapier des BMZ*. BMZ-Strategiepapier 5. Bonn/Berlin: BMZ.

BMZ, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. (2013). *Bevölkerungsdynamik in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit*. Positionspapier. BMZ-Strategiepapier 10. Bonn/Berlin: BMZ.

Booth, D., & Golooba-Mutebi, F. (2012). *Developmental patrimonialism? The case of Rwanda*. African Affairs, 111(444), 379 – 403.

Bryce, J., Victora, C., Boerma, T., Peters, D., & Black, R. (2011). *Evaluating the scale-up for maternal and child survival: A common framework*. International Health, 3(3), 139 – 146.

Commission Internationale. (1993). *Rapport final de la commission internationale d'enquete sur les violations des droits de l'homme commises au Rwanda depuis le 1er octobre 1990*. no place: commission internationale.

- Connell, J. P., & Kubisch, A. C. (1998).** *Applying a theory of change approach to the evaluation of comprehensive community initiatives: Progress, prospects, and problems.* In K. F. Anderson (Ed.), *New approaches to evaluating community initiatives* (Vol. 2). Washington, DC: The Aspen Institute.
- Dahl, R. A. (1989).** *Democracy and its critics.* New Haven, CT: Yale University Press.
- de Kemp, A., Faust, J., & Leiderer, S. (2011).** Between high expectations and reality: An evaluation of budget support in Zambia (2005–2010). The Hague: Ministry of Foreign Affairs of the Kingdom of the Netherlands.
- Delahais, T., & Toulemonde, J. (2012).** *Applying contribution analysis: Lessons from five years of practice.* Evaluation, 18(3), 281–293.
- Des Forges, A. L. (1999).** *Leave none to tell the story: Genocide in Rwanda.* New York: Human Rights Watch.
- DFID, United Kingdom Department for International Development. (2008).** *Program Memorandum. Sector Budget Support for improved delivery of services in Rwanda.* Kigali: DFID.
- DFID, United Kingdom Department for International Development. (2013).** *DFID Rwanda. Operational Plan 2011–2015.* Kigali: DFID.
- Diesfeld, H. J., Reitmaier, P., & Berg, H. (1987).** *Evaluierung des Projekts „Verbesserung des ländlichen Gesundheitswesens in Ruanda“ im Auftrag und im Rahmen des Kooperationsvertrags mit der Deutschen Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit.* Heidelberg: Universität Heidelberg, Institut für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen.
- Dillman, D. A., Smyth, J. D., & Christian, L. M. (2009).** *Internet, mail, and mixed-mode surveys. The tailored design method.* (3rd ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- DSW, German Foundation for World Population. (2010).** *EU Aid for Sexual and Reproductive Health in Rwanda.* DSW Fast Facts. Brussels: DSW.
- Eichler, R., & Levine, R. (2009).** *Money into health.* In R. Eichler, R. Levine & Performance-Based Incentives Working Group (Eds.), *Performance incentives for global health: Potential and pitfalls* (S. 3–11). Washington, DC: Center for Global Development.
- Ekman, B. (2004).** *Community-based health insurance in low-income countries: A systematic review of the evidence.* Health Policy and Planning, 19(5), 249–270.
- Eriksson, J., Adelman, H., Borton, J., Christensen, H., Kumar, K., Suhrke, A., . . . Wohlgenuth, L. (1996).** *Synthesis Report. The international response to conflict and genocide: Lessons from the Rwanda experience* (Vol. 1). Stockholm: Steering Committee of the Joint Evaluation of Emergency Assistance to Rwanda.
- Fox, L. M., Ravishankar, N., Squires, J., Williamson, R. T., & Brinkerhoff, D. (2010).** *Rwanda Health Governance Report.* Bethesda, MD: Health Systems 20/20 project/Abt Associates.
- Freedom House. (2013).** *Rwanda | Freedom House.* Retrieved April 16, 2013, from <http://www.freedomhouse.org/country/rwanda>
- Fretheim, A., Witter, S., Lindahl, A. K., & Olsen, I. T. (2012).** *Performance-based financing in low-and middle-income countries: Still more questions than answers.* Bulletin of the World Health Organization, 90(8), 559–559A.
- GIZ, Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, & KfW, Kreditanstalt für Wiederaufbau. (2012).** *Building a healthy Rwanda: 35 years of Rwandan-German cooperation in health.* Bonn: GIZ.
- Global Health Watch. (2011).** *Primary health care: A review and critical appraisal of its 'revitalisation'.* Global Health Watch 3. An Alternative World Health Report. (S. 45–60). London/New York: Zed Books.
- GoR, Government of Rwanda. (1999).** *Law n°03/99 of 12/03/1999 establishing the National Unity and Reconciliation Commission (O.G.n°6 of 15/3/1999),* Rwanda. Kigali: GoR.
- GoR, Government of Rwanda. (2000).** *An approach to the poverty reduction action plan for Rwanda. The interim PRSP.* Kigali: GoR.
- GoR, Government of Rwanda. (2002).** *Poverty reduction strategy paper.* Kigali: GoR.
- GoR, Government of Rwanda. (2005a).** *Health Sector Policy.* Kigali: GoR.
- GoR, Government of Rwanda. (2005b).** *Health sector strategic plan 2005–2009.* Kigali: GoR.
- GoR, Government of Rwanda. (2006).** *Rwanda aid policy. As endorsed by the Cabinet* (26th July 2006). Kigali: GoR.
- GoR, Government of Rwanda. (2007).** *Economic Development and Poverty Reduction Strategy 2008–2012.* Kigali: GoR.
- GoR, Government of Rwanda. (2008a).** *Law n° 62/2007 establishing and determining the organisation, functioning and management of the mutual health insurance scheme. year 47 n° special of 20 March 2008.* Kigali: GoR.

GoR, Government of Rwanda. (2008b). Rwanda Health Sector Strategic Plan HSSP I 2005 – 2009. Evaluation Report [draft as of July 7, 2008].

GoR, Government of Rwanda. (2013). Economic development and poverty reduction strategy 2013 – 2018. Shaping our development. Kigali: GoR.

GoR, Government of Rwanda. (2013). History - Official website of the Government of Rwanda. Retrieved august 8, 2013, from <http://www.gov.rw/History?lang=en>

GoR, Government of Rwanda, & MoH, Ministry of Health. (2012). Third Health Sector Strategic Plan 2012 – 2018. Kigali: GoR/MoH.

GoR, Government of Rwanda, & MINECOFIN, Ministry of Finance and Economic Planning. (2000). Rwanda Vision 2020. Kigali: GoR/MINECOFIN.

GoR, Government of Rwanda, & MINECOFIN, Ministry of Finance and Economic Planning. (2010). Donor division of labor in Rwanda. Kigali: GoR/MINECOFIN.

GoR, Government of Rwanda, & MINECOFIN, Ministry of Finance and Economic Planning. (2013). Division of Labor in Rwanda. Kigali: GoR.

GoR, Government of Rwanda, & MoH, Ministry of Health. (2006a). Human resources for health strategic plan (2006 – 2010). Kigali: GoR/MoH.

GoR, Government of Rwanda, & MoH, Ministry of Health. (2006b). Rwanda National Health Accounts 2003. Kigali: GoR/MoH.

GoR, Government of Rwanda, & MoH, Ministry of Health. (2007). Memorandum of understanding between the Ministry of Health and health sector partners. Kigali: GoR/MoH.

GoR, Government of Rwanda, & MoH, Ministry of Health. (2008). National health accounts Rwanda 2006 with HIV/AIDS, Malaria, and reproductive health subaccounts. Kigali: GoR/MoH.

GoR, Government of Rwanda, & MoH, Ministry of Health. (2009). Health sector strategic plan 2009–2012. Kigali: GoR/MoH.

GoR, Government of Rwanda, & MoH, Ministry of Health. (2010a). Audit report for the year ended 30 June 2010. Kigali: GoR/MoH.

GoR, Government of Rwanda, & MoH, Ministry of Health. (2010b). Behavioral Surveillance Survey among youth aged 15–24 years, Rwanda 2009. Kigali: GoR/MoH.

GoR, Government of Rwanda, & MoH, Ministry of Health. (2011a). Annual Report 2010 – 2011. Kigali: GoR/MoH.

GoR, Government of Rwanda, & MoH, Ministry of Health. (2011b). Health Sector Situation Analysis 2011. Kigali: GoR/MoH.

GoR, Government of Rwanda, & MoH, Ministry of Health. (2011c). Human resources for health strategic plan (2011 – 2016). Kigali: GoR/MoH.

Gorter, A. C., Ir, P., & Meessen, B. (2013). Evidence Review: Results-based financing of maternal and newborn health care in low- and lower-middle-income countries: Study commissioned and funded by the German Federal Ministry for Economic Cooperation and Development (BMZ) through the sector project PROFILE at GIZ – Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit.

Grittner, A. M. (2013). Result-based financing: Evidence from performance-based financing in the health sector. Discussion Paper 6. Bonn: Deutsches Institut für Entwicklungspolitik.

GTZ, Deutsche Gesellschaft für technische Zusammenarbeit. (2005). Soziale Krankenversicherung. Beitrag zur internationalen entwicklungs-politischen Diskussion über umfassende Systeme der sozialen Sicherheit. Diskussionspapier. Eschborn: GTZ im Auftrag des BMZ.

GTZ, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, CIM, Centrum für internationale Migration und Entwicklung, DED, Deutscher Entwicklungsdienst, InWent, Internationale Weiterbildung und Entwicklung, & KfW, Kreditanstalt für Wiederaufbau. (2010). Deutsche Entwicklungszusammenarbeit mit Ruanda. Gemeinsame Berichterstattung (BE) zum EZ-Programm „Primäre Gesundheitsversorgung und HIV/Aids-Bekämpfung“. Kigali: GTZ/CIM/DED/InWent/KfW.

Habiyambere, V., & Wertheimer, A. I. (1993). Essential drugs should be accessible to all people. World Health Forum, 14, 140 – 144.

HRTT, Health Resource Tracking Tool (HRTT). (2012). Health Resource Tracking Tool Rwanda.

IHP+, International Health Partnership + related Initiatives. (2006). Joint Health Sector Reviews (2006 – 2012). Summary reports, recommendations, other presentations.

IHP+, International Health Partnership + related Initiatives. (2011). Health in Rwanda is improving! Mid-Term Review (MTR) of the Rwanda second health sector strategic plan (HSSP II, July 2009 – June 2012). Kigali: IHP+.

IHP+, International Health Partnership + related Initiatives. (2012). Joint Assessment of Rwanda's Third Health Sector Strategic Plan (HSSP III). June 2012. Final Report. No place: IHP+.

- Ingelaere, B. (2009).** *Living the transition: Inside Rwanda's conflict cycle at the grassroots.* *Journal of Eastern African Studies*, 3(3), 438–463.
- International Crisis Group. (2005).** *The Congo: Solving the FDLR problem once and for all.* Africa Briefing 25. Nairobi/Brussels: International Crisis Group.
- Ireland, M., Paul, E., & Dujardin, B. (2011).** *Can performance-based financing be used to reform health systems in developing countries?* *Bulletin of the World Health Organization*, 89(9), 695–698.
- Kalk, A. (2008).** *Rwanda's health system: Some concerns.* *The Lancet*, 372(9651), 1729–1729.
- Kalk, A. (2011).** *The costs of performance-based financing.* *Bulletin of the World Health Organization*, 89(5), 319.
- Kalk, A., Groos, N., Karasi, J.-C., & Gurrbach, E. (2010).** *Health systems strengthening through insurance subsidies: The GFATM experience in Rwanda.* *Tropical Medicine and International Health*, 15(1), 94–97.
- Kalk, A., Paul, F. A., & Grabosch, E. (2010).** *Paying for performance in Rwanda: Does it pay off?* *Tropical Medicine and International Health*, 15(2), 182–190.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2009).** *Focus groups. A practical guide for applied research.* Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kruk, M. E., & Freedman, L. P. (2008).** *Assessing health system performance in developing countries: A review of the literature.* *Health Policy*, 85, 263–276.
- Lehmann, U., & Sanders, D. (2007).** *Community health workers: What do we know about them?* Geneva: WHO.
- Lemarchand, R. (1970).** *Rwanda and Burundi.* New York: Praeger Publishers.
- Logie, D. E., Rowson, M., & Ndagije, F. (2008).** *Innovations in Rwanda's health system: Looking to the future.* *The Lancet*, 372(9634), 256–261.
- Longman, T. (2011).** *Limitations to political reform: The undemocratic nature of transition in Rwanda.* In S. Straus & L. Waldorf (Eds.), *Remaking Rwanda. State Building and Human Rights after Mass Violence* (S. 25–47). Madison, WI: The University of Wisconsin Press.
- Lu, C., Chin, B., Lewandowski, J. L., Basinga, P., Hirschhorn, L. R., Hill, K., . . . Binagwaho, A. (2012).** *Towards universal health coverage: An evaluation of Rwanda Mutuelles in its first eight years.* *PLoS One*, 7(6), 1–16.
- Mamdani, M. (2001).** *When victims become killers: Colonialism, nativism, and the genocide in Rwanda.* Princeton, NJ: Princeton University Press.
- May, J. F. (1995).** *Policies on population, land use, and environment in Rwanda.* *Population and Environment*, 16(4), 321–334.
- May, J. F., Mukamanzi, M., & Vekemans, M. (1990).** *Family planning in Rwanda: Status and prospects.* *Studies in Family Planning*, 21(1), 20–32.
- Mayne, J. (2011).** *Contribution analysis: Addressing cause and effect.* In K. Forss, M. Marra & R. Schwartz (Eds.), *Evaluating the Complex*. (S. 53–96). New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Mayne, J. (2012).** *Contribution analysis: Coming of age?* *Evaluation*, 18(3), 270–280.
- Meessen, B., Musango, L., Kashala, J.-P., & Lemlin, J. (2006).** *Reviewing institutions of rural health centres: The Performance Initiative in Butare, Rwanda.* *Tropical Medicine & International Health*, 11(8), 1303–1317.
- Melvorn, L. R. (2000).** *A people betrayed. The role of the West in Rwanda's genocide.* London: Zed Books.
- MINALOC, Ministry of Local Government. (2011).** *Administrative units.* Retrieved October 1, 2013, from <http://www.minaloc.gov.rw/index.php?id=450>
- MINALOC, Ministry of Local Government, Community Development and Social Affairs. (2008).** *Community development policy. Revised version.* Kigali: MINALOC.
- MINECOFIN, Ministry of Finance and Economic Planning. (2011a).** *3-years of the economic development and poverty reduction strategy (EDPRS). A summary implementation report. 2008–2010.* Kigali: MINECOFIN.
- MINECOFIN, Ministry of Finance and Economic Planning. (2011b).** *Official development assistance report FY 2010/2011.* Kigali: MINECOFIN.
- MINECOFIN, Ministry of Finance and Economic Planning. (2012a).** *Assessment of Sector Wide Approach (SWAp).* Kigali: MINECOFIN.
- MINECOFIN, Ministry of Finance and Economic Planning. (2012b).** *The national budget: A Citizen's Guide 2011–2012.* Kigali: MINECOFIN.
- MINECOFIN, Ministry of Finance and Economic Planning. (2013).** *Division of labour in Rwanda.* Kigali: MINECOFIN.
- Mirasano, C. (1984).** *[The significance of "Health for All" and the primary health care approach].* *Imbonezamuryango*(1), 33–40.

MoH, Ministry of Health. (2004). *Politique de développement des mutuelles de santé au Rwanda*. Kigali: MoH.

MoH, Ministry of Health. (2008). *Performance-based financing guide for district hospitals*. Kigali: MoH.

MoH, Ministry of Health. (2009a). *Annual Report 2008*. Kigali: MoH.

MoH, Ministry of Health. (2009b). *Community performance-based financing user guide*. Kigali: MoH.

MoH, Ministry of Health. (2009c). *Rwanda health financing policy*. Kigali: MoH.

MoH, Ministry of Health. (2010a). *Rwanda community based health insurance policy*. Kigali: MoH.

MoH, Ministry of Health. (2010b). *Rwanda national health insurance policy*. Kigali: MoH.

MoH, Ministry of Health. (2011a). *Annual Report July 2010-June 2011*. Kigali: MoH.

MoH, Ministry of Health. (2011b). *The district health system re-organisation guideline from a managerial perspective*. Kigali: MoH.

MoH, Ministry of Health. (2012a). *Annual report 2011 – 2012*. Kigali: MoH.

MoH, Ministry of Health. (2012b). *Annual Report: Community based health insurance*. Kigali: MoH.

MoH, Ministry of Health. (2012c). *Family planning strategic plan 2012 – 2016*. Kigali: MoH.

MoH, Ministry of Health. (2012d). *Rwanda Health Statistics Booklet 2011*. Kigali: MoH.

Mugeni, C., Ngabo, F., & Humuza, J. (2011). *Community performance-based financing in health: Incentivizing mothers and community health workers to improve maternal health outcomes in Rwanda. Paper presented at the World Conference on Social Determinants of Health, Rio De Janeiro, Brazil.*

Muhoza, D. N., Rutayisire, P. C., & Umubyeyi, A. (2013). *Measuring the success of family planning initiatives in Rwanda: A multivariate decomposition analysis*. In USAID (Ed.), *DHS Working Papers 94*. Calverton, MD: United States Agency for International Development.

Mungwakuzwe. (1985). *The role of community in launching a primary health care system in Rwanda*. Imbonezamuryango, 2, 33 – 38.

Musango, L., Doetinchem, O., & Carrin, G. (2009). *De la mutualisation du risque maladie à l'assurance maladie universelle: Expérience du Rwanda*. Discussion Paper 1. Geneva: World Health Organization.

Niechzial, M., & Ruginga, E. (2006). *L'état d'avancement des partenaires au développement dans le processus d'harmonisation et d'alignement dans le secteur de santé au Rwanda. Evaluation et développement d'une stratégie [draft]*. Bad Homburg: EPOS Health Consultants GmbH.

NISR, National Institute of Statistics of Rwanda. (2012). *The evolution of poverty in Rwanda from 2000 to 2011: Results from the household surveys (EICV)*.

NISR, National Institute of Statistics of Rwanda, MoH, Ministry of Health, & ICF International. (2012). *Rwanda Demographic and Health Survey 2010*. Calverton, MD: NISR/MoH/ICF International.

NISR, National Institute of Statistics of Rwanda, MoH, Ministry of Health, & ICF Macro. (2009). *Rwanda Interim Demographic and Health Survey 2007 – 08*. Calverton, MD: MOH/NISR/ICF Macro.

NISR, National Institute of Statistics of Rwanda, & ORC Macro. (2006). *Rwanda Demographic and Health Survey 2005*. Calverton, MD: NISR/ORC Macro.

OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. (2013). *CRS Database*. Retrieved July 2013.

Orth, R. (2001). *Rwanda's Hutu extremist genocidal insurgency: An eyewitness perspective*. *Small Wars and Insurgencies*, 12(1), 76 – 109.

Oxman, A. D., & Fretheim, A. (2009). *Can paying for results help to achieve the Millennium Development Goals? Overview of the effectiveness of results-based financing*. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 2(2), 70 – 83.

Paul, F. (2009). *Health worker motivation and the role of performance based finance systems in africa: A qualitative study on health worker motivation and the Rwandan performance based finance initiative in district hospitals*. London School of Economics and Political Science Working Paper Series 08 – 96. London: Development Studies Institute.

Pham, P. N., Weinstein, H. M., & Longman, T. (2004). *Trauma and PTSD symptoms in Rwanda. Implications for attitudes towards justice and reconciliation*. *Journal of the American Medical Association*, 292(5), 602 – 612.

PHR, Partnership for Health Reform. (2000). *Rwanda National Health Accounts 1998*. Kigali: PHR.

Prunier, G. (1995). *The Rwanda crisis: History of a genocide*. New York: Columbia University Press.

Prunier, G. (2009a). *Africa's World War. Congo, the Rwandan genocide, and the making of a continental catastrophe.* Oxford, NY: Oxford University Press.

Prunier, G. (2009b). *From genocide to continental war: The 'Congolese' conflict and the crisis of contemporary Africa.* London: Hurst.

Reich, M., & Takemi, K. (2009). *G8 and strengthening of health systems: Follow-up to the Toyako summit.* The Lancet, 373(9662), 508 – 515.

Republic of Rwanda, MoH, Ministry of Health, & SPIU, Special Project Implementation Unit. (2012). *Capacity Development Pooled Fund (CDPF). Presentation of CDPF 3 years' work plan.* Kigali: Republic of Rwanda/MoH/SPIU.

RGB, Rwandan Governance Board. (2012). *Ubudehe.* Retrieved September 25, 2013, from <http://www.rgb.rw/main-menu/innovation/ubudehe.html>

Robyn, P. J., Sauerborn, R., & Bärnighausen, T. (2013). *Provider payment in community-based health insurance schemes in developing countries: A systematic review.* Health Policy and Planning, 28(2), 111 – 122.

Ruberangeyo, T., Ayebare, C., & de Bex, A. d. L. (2011). *Social protection: An ongoing process.* Innovative, 18, 335 – 359.

Rugege, S. (2006). *Judicial Independence in Rwanda.* Pac. McGeorge Global Business and Development Law Journal, 19, 411.

Rusa, L., Schneidman, M., Fritsche, G., & Musango, L. (2009). *Rwanda: Performance-based financing in the public sector.* Washington, DC: Center for Global Development.

Rwanda Biomedical Center. (2012). *Country Progress Report Rwanda 2012.*

Rwandan HIV Seroprevalence Study Group. (1989). *Nationwide community-based serological survey of HIV-1 and other human retrovirus infections in a central African country.* Lancet, 1, 941 – 943.

Sachs, J. D. (Ed.). (2001). *Macroeconomics and health: Investing in health for economic development.* Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: World Health Organization.

Saksena, P., Antunes, A. F., Xu, K., Musango, L., & Carrin, G. (2010). *Impact of mutual health insurance on access to health care and financial risk protection in Rwanda.* World health report 2010 Background Paper 6. Geneva: World Health Organization.

Sandner, P. (2013). *Deutschland will wieder in Ruanda helfen.* Retrieved October 16, 2013, from <http://dw.de/p/17YZQ>

Schicho, W. (1999). *Handbuch Afrika. Zentralafrika, südliches Afrika und die Staaten im Indischen Ozean.* Frankfurt: Brandes & Apsel.

Schindler, K., & Brück, T. (2011). *The effects of conflict on fertility in Rwanda.* Policy Research Working Paper 5715. Washington, DC: World Bank.

Schmidt, J.-O. (2012). *From financing health services to supporting health financing.* In J. Holst (Ed.), *Global Social Protection Scheme – Moving from Charity to Solidarity* (S. 131 – 134). Frankfurt/Merelbeke: Medico international/Mélène-de-Beir Foundation.

Schneider, P. (2005). *Trust in micro-health insurance: An exploratory study in Rwanda.* Social Science & Medicine, 61(7), 1430 – 1438.

Schneider, P., Diop, F. P., & Bucyana, S. (2000). *Development and implementation of prepayment schemes in Rwanda.* Technical Report 45. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform.

Schneider, P., & Hanson, K. (2006). *Horizontal equity in utilisation of care and fairness of health financing: A comparison of micro-health insurance and user fees in Rwanda.* Health Economics, 15(1), 19 – 31.

Sekabaraga, P., Soucat, A., Diop, F., & Martin, G. (2011). *Innovative financing for health in Rwanda: A report of successful reforms.* In P. Chuhano-Pole & M. Angwafo (Eds.), *Yes, Africa Can: Success Stories from a Dynamic Continent* (S. 403 – 416). Washington, DC: World Bank.

Sherry, T. B., Bauhoff, S., & Mohanan, M. (2013). *Paying for performance in health care: Results from randomized roll-out of Rwanda's national program.* Economic Research Initiatives at Duke Working Paper No. 136. Durham, NC: Sanford School of Public Policy, Duke University.

Shimeles, A. (2010). *Community based health insurance schemes in Africa: The case of Rwanda.* African Development Bank Group Working Paper Series 120. Tunis: African Development Bank.

Skiles, M. P., Curtis, S. L., Basinga, P., & Angeles, G. (2013). *An equity analysis of performance-based financing in Rwanda: Are services reaching the poorest women?* Health Policy and Planning, 28(8), 825 – 837.

Soeters, R., Musango, L., & Meessen, B. (2005). *Comparison of two output based schemes in Butare and Cyangugu provinces with two control provinces in Rwanda.* Butare, Antwerp, The Hague: Global Partnership on Output-Based Aid/World Bank/Ministry of Health.

Solo, J. (2008). *Family planning in Rwanda. How a taboo topic became priority number one.* no place: IntraHealth International.

Sommers, M. (2012). *Stuck: Rwandan Youth and the Struggle for Adulthood.* Georgia, GA: University of Georgia Press.

Sommers, M., & Uvin, P. (2011). *Youth in Rwanda and Burundi. Contrasting visions.* Washington, DC: United States Institute of Peace.

Stettenheim, J. (2002). *The Arusha Accords and the failure of international intervention in Rwanda.* In M. C. Greenberg, J. H. Barton & M. E. McGuinness (Eds.), *Words over war: Mediation and arbitration to prevent deadly conflict.* (S. 213 – 236). New York: Rowman & Littlefield.

Straus, S. (2006). *The order of genocide: Race, power, and war in Rwanda.* Cambridge, MA: Cambridge University Press.

Synergy International Systems. (2013). *Development Assistance Database for Rwanda.* Retrieved September 9, 2013 <http://dad.synsys.com/dadrwanda/>

UN, United Nations. (1966a). *United Nations Treaty Collection. International Covenant on Civil and Political Rights.* Retrieved January 20, 2014, from https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-4&chapter=4&lang=en

UN, United Nations. (1966b). *United Nations Treaty Collection. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights.* Retrieved January 20, 2014, from https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-4&chapter=4&lang=en

UN, United Nations. (2000). *United Nations Millennium Declaration. Resolution adopted by the General Assembly.* In UN (Ed.). New York.

UN, United Nations. (2012). *Millennium Development Goals Report 2012.* New York: UN.

UN, United Nations. (2013). *Background information on the justice and reconciliation process in Rwanda - outreach programme.* Retrieved January 9, 2014, from <http://www.un.org/en/preventgenocide/rwanda/about/bgjustice.shtml>

UNAIDS, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2013). *Global report. UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013.* Geneva: UNAIDS.

UNAIDS, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, & WHO, World Health Organization. (2000). *Report on the global HIV/AIDS epidemic.* Geneva: UNAIDS/WHO.

Uvin, P. (1998). *Aiding violence: The development enterprise in Rwanda.* West Hartford, CN: Kumarian Press.

Versailles, B. (2012). *Rwanda: Establishing Single Project Implementation Units. Country Learning Notes.* London: Overseas Development Institute/Budget Strengthening Initiative.

Verwimp, P. (1999). *Development ideology, the peasantry and genocide: Rwanda represented in Habyarimana's speeches.* Yale Center for International and Area Studies Working Paper Series.

Verwimp, P. (2000). *Development ideology, the peasantry and genocide: Rwanda represented in Habyarimana's speeches.* *Journal of Genocide Research*, 2(3), 325 – 361.

Viankandondera, J. (2012). *Analyse de la situation des initiatives rwandaises et internationales en matière d'éducation nationale au Rwanda. Minisante et program santé de la GIZ [draft]: MINISANTE/GIZ.*

Weis, P. (1987). *Familienplanung in Rwanda.* *Deutsches Ärzteblatt*, 84(40).

Weis, P. (1992). *Condom use and AIDS prevention in a family planning project in Rwanda.* *IPPF Medical Bulletin*, 26(3), 1 – 3.

Westhoff, C. F. (2013). *The recent fertility transition in Rwanda.* *Population and Development Review*, 38(51), 169 – 178.

WHO, World Health Organization. (1978). *Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR.*

WHO, World Health Organization. (2006). *Working together for health: The World Health Report 2006* (S. 3 – 15). Geneva: WHO.

WHO, World Health Organization. (2007). *Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action.* Geneva: WHO.

WHO, World Health Organization. (2009a). *Monitoring and evaluation of health system strengthening. An operational framework.* Geneva: WHO.

WHO, World Health Organization. (2009b). *Republic of Rwanda. Health Financing Systems Review 2008. Options for universal coverage.* Geneva: World Health Organization.

WHO, World Health Organization. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies.* Geneva: WHO.

WHO, World Health Organization. (2013). *Indicator and Measurement Registry.* Retrieved October 15, 2013, from http://apps.who.int/gho/indicator-registry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=20

WHO, World Health Organization. (n.d.). *Health Insurance. Health Systems Strengthening Glossary.* Retrieved January 10, 2014, from http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index5.html

Wolff, J. H., & Mehler, A. (1998). *Hauptbericht über die Evaluierung „Deutsche Entwicklungszusammenarbeit mit Ruanda. Normalität in einem nichtnormalen Land? Ein Beobachtungsbericht“.* Bonn: Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung.

World Bank. (2010). *The multi-country demobilization and reintegration program. Final report.* Washington, DC: World Bank.

World Bank. (2013). *Maintaining momentum with a special focus on Rwanda's pathway out of poverty.* Rwanda Economic Update Edition no. 4. Washington, DC: World Bank.

World Bank. (2014). *World Bank Development Indicators.* Retrieved January 15, 2014, from <http://data.worldbank.org>

World Resources Institute. (1994). *World resources 1994 – 1995. A guide to the global environment.* New York: World Resources Institute.

Zorbas, E. (2004). *Reconciliation in post-genocide Rwanda.* African Journal of Legal Studies, 1(1).

Zorbas, E. (2011). *Aid dependence and policy independence: Explaining the Rwandan paradox.* In S. Straus & L. Waldorf (Eds.), *Remaking Rwanda: State building and human rights after mass violence* (S. 103 – 117). Madison, WS: University of Wisconsin Press.

Kontakt

Deutsches Evaluierungsinstitut
der Entwicklungszusammenarbeit (DEval)

Tulpenfeld 7
53113 Bonn

www.DEval.org

Dr. Stefanie Krapp

Tel: +49 (0)228 24 99 29 930

Email: stefanie.krapp@DEval.org

Deutsches Evaluierungsinstitut der
Entwicklungszusammenarbeit gGmbH
(DEval)

Tulpenfeld 7
53113 Bonn

Tel: +49 228 24 99 29-0
Fax: +49 228 24 99 29-904

Mail: info@DEval.org
www.DEval.org